

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS IDOSOS NA UBS DR. ELVIO BASSO, BARÃO  
DE COTEGIPE/RS**

**DEBORAH TODESCHINI**

Pelotas, 2015

**DEBORAH TODESCHINI**

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS IDOSOS DA UNIDADE DE SAÚDE DR. ELVIO  
BASSO DO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COTEGIPE –RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Saúde da Família – Modalidade a  
Distância – UFPEL/UNASUS, como  
requisito parcial para a obtenção do título  
de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Alexandra Rosa Martins

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

T637m Todeschini, Deborah

Melhoria da Atenção aos Idosos na UBS Dr. Elvio Basso, Barão de Cotegipe - RS / Deborah Todeschini; Alexandra Da Rosa Martins, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde do Idoso. 4.Assistência domiciliar. 5.Saúde Bucal. I. Martins, Alexandra Da Rosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

**Dedico esse trabalho a minha família por estar ao meu lado em todos os momentos da minha formação.**

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha família pelo apoio e compreensão ao longo desta trajetória.

Agradeço aos meus colegas de trabalho pela paciência, pela ajuda, pela compreensão, pelo incentivo e por lutarem pelos mesmos objetivos, em especial aos meus colegas Dr. Ademar, Dra. Elaine e Dra. Thaís.

Agradeço a minha orientadora Alexandra da Rosa Martins por me auxiliar e sanar minhas dúvidas em tempo ímpar.

Obrigada.

## **Lista de Abreviaturas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESF	Equipe Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

## Lista de Figuras

Figura 1. Gráfico da cobertura de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde .....	57
Figura 2. Gráfico da proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia.....	58
Figura 3. Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.....	59
Figura 4. Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.....	60
Figura 5. Gráfico da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.....	61
Figura 6. Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	62
Figura 7. Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.....	63
Figura 8. Gráfico da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.....	64
Figura 9. Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	64
Figura 10. Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.....	65
Figura 11. Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.....	66
Figura 12. Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia.....	67
Figura 13. Gráfico da proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.....	68
Figura 14. Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.....	69
Figura 15. Gráfica da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.....	70

Figura 16. Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.....71

Figura 17. Gráfica da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.....72

Figura 18. Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.....73

Figura 19. Gráfico da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.....74



## Sumário

<b>1. ANÁLISE SITUACIONAL.....</b>	<b>12</b>
1.1 Situação da UBS Dr. Elvio Basso, primeira impressão.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional .....	19
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>21</b>
2.1 Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e Metas.....	24
2.3 Metodologia .....	26
2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento).....	26
2.3.2 Indicadores .....	46
2.3.3 Logística .....	49
2.3.4 Cronograma.....	52
<b>3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>53</b>
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas .....	53
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas .....	55
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados .....	55
3.4 Incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço .....	55
<b>4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>57</b>
4.1 Resultados .....	57
4.2 Discussão .....	74
4.3 Relatório para o Gestor.....	77
4.4 Relatório para a Comunidade .....	78
<b>5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM .....</b>	<b>80</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS</b>	
A. Planilha de coleta de dados.....	82
B. Documento do Comitê de Ética.....	83
<b>APÊNDICE</b>	
A.Ficha espelho .....	84

## Resumo

TODESCHINI, Deborah. **MELHORIA DA ATENÇÃO AOS IDOSOS DA UNIDADE DE SAÚDE DR. ELVIO BASSO DO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COTEGIPE –RS. 2015.** 85f.Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este trabalho de intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos idosos pertencentes à área de abrangência da Unidade Saúde Dr. Elvio Basso, do município de Barão de Cotegipe-RS, na faixa etária compreendida a partir dos 60 anos, cadastrados no programa de saúde do idoso da unidade. Foi estruturado para ser realizado em um período de 12 semanas, seguindo um cronograma pré estabelecido. Para o alcance dos objetivos e metas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). Foram adotados como referencial bibliográfico o caderno de atenção básica: Saúde do Idoso nº19, do Ministério da Saúde e para as coletas dos dados foram utilizados os prontuários clínicos e as fichas espelho de saúde do idoso. No total, 434 idosos participaram da intervenção totalizando 32,3% do índice de cobertura, 100% dos idosos faltosos tiveram busca ativa, 100% dos idosos com problemas de locomoção ou acamados foram atendidos através de visita domiciliar. As ações referentes à qualidade das ações, adesão, qualidade do registro, avaliação de risco e promoção à saúde foram boas, no panorama geral. A intervenção proporcionou melhorias na Atenção Básica do território, mudanças no fluxo, no atendimento, no acesso e na qualidade da assistência. As ações propostas foram incorporadas à rotina da Unidade, sendo um processo lento, mas linear em busca do alcance das metas e dos objetivos propostos.

**Palavras - chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; saúde do idoso; saúde bucal

## **Apresentação**

Este volume trata-se de um trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD realizado no Município de Barão de Cotegipe – RS. O projeto teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos idosos cadastrados na Unidade de Saúde Dr. Elvio Basso. O documento é dividido em cinco unidades, a primeira unidade apresenta a análise situacional, abordando os aspectos gerais da UBS como estrutura física, processo de trabalho dos profissionais e programas desenvolvido pelas equipes. A segunda unidade contempla a análise estratégica, onde se insere o projeto de intervenção, apresenta os objetivos, as metas, os indicadores, a logística e as ações propostas pelo trabalho, finalizando com o cronograma de atividades proposto. A terceira unidade apresenta o relatório da Intervenção, abordando as ações previstas que foram realizadas e as que não foram, além de uma análise quanto à inserção das ações desenvolvidas na realidade do serviço de saúde e sua viabilidade. A quarta unidade traz os resultados da intervenção e a discussão dos mesmos e ainda o relatório da intervenção, um dirigido aos Gestores Municipais e outro à comunidade. A última unidade finaliza o trabalho com uma reflexão crítica e pessoal sobre o projeto desenvolvido e suas repercussões para a comunidade assistida, para a equipe de saúde e para a experiência profissional dos envolvidos. O trabalho teve início em março de 2014 com tarefas referentes à análise situacional, após foi realizada a análise estratégica e estruturação da intervenção. A intervenção teve a duração de doze semanas seguindo o relatório e a análise da intervenção, o término foi em dezembro de 2014, com a entrega do volume final.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1 Situação da UBS Dr. Elvio Basso, primeira impressão.**

A unidade de saúde em que trabalho tem estrutura física realizada há pouco mais que três anos, é uma unidade mista, onde atuam duas ESF, apesar de uma única odontóloga, e uma outra ESF ainda não regulamentada, mas já em processo, além de outros médicos que atendem as fichas extras independente da região. O espaço é amplo e cada profissional tem um local adequado de trabalho, somos sete médicos, um odontóloga, três enfermeiros, uma nutricionista, uma psicóloga, cinco técnicos em enfermagem, uma bioquímica, doze agentes de saúde, além disso a Secretaria da Saúde funciona no mesmo espaço, o que facilita o processo burocrático intrínseco à saúde, realizamos reuniões periódicas, todas as quartas-feiras, a respeito do funcionamento da unidade, problemas a serem resolvidos, como resolvê-los, críticas, elogios, as reuniões englobam os profissionais de saúde, o Secretário Municipal de Saúde e, a cada duas semanas, também os outros profissionais, desde as auxiliares de limpeza, portaria, secretárias, motoristas. Lá temos um aporte material muito além do visto na maioria dos serviços públicos, cada sala possui seus materiais, otoscópio, Sonar e gel, fitas métricas, lanterna, palitos, lençóis, além de computadores, já que os prontuários são eletrônicos, podemos acessar não só o prontuário médico como também o das outras áreas, assim sendo podemos atender o usuário de forma completa e ver sua situação como um todo. Na farmácia, a qual funciona no mesmo espaço, temos à disposição uma variedade de medicamentos, não são somente fornecidos medicações básicas, a Prefeitura compra mais de 90% dos medicamentos necessários para a população, independente da quantidade necessária. Temos ainda sala de vacinas, sala de emergência, de triagem e uma sala destinada à realização de eletrocardiograma e uma profissional pronta para realizar quando necessário.

O tratamento da população é completo. O entrosamento entre os profissionais é muito adequado, todos trabalham em harmonia e auxílio mútuo. O que deve ser revisto é a educação em saúde da população. Por ser um serviço público, muito dos usuários não respeitam o andamento nem mesmo a demanda da unidade básica, argumentam que se tratando de um serviço de gestão e recursos

públicos devem ser atendidos no dia, hora que desejam, independente de outros fatores. Atuamos com agendamento, 50% da demanda agendada e os outros 50% nomeamos eventuais, ou seja, os que necessitam atendimento não previsto. Esta demanda eventual, o que não quer dizer que estamos sempre disponíveis, é reservada aos que possuem algum sintoma de alarme ou sintoma e sinal não previsto, assim como traumas. Não raras vezes os usuários procuram a sala de triagem por sintomas não incorporados aos atendimentos eventuais, recebendo a negativa do atendimento imediato e a oportunidade de agendamento para o dia seguinte ou no máximo dois dias. Normalmente quando essa situação acontece esses usuários procuram os responsáveis burocráticos da unidade de saúde, como os assessores ou mesmo o Secretário de Saúde para reclamar, estes que não estão em contato com a demanda e visualizando estratégias políticas encaminham o usuário novamente à sala de triagem com uma ordem “superior” para ser atendido. Entre estas e outras experiências, percebo que a educação em Saúde da população é deturpada e muitas vezes prejudicada pela proximidade de órgãos públicos e o serviço prático em Saúde. Ao acostumar a população a este tipo de ação, há o prejuízo do atendimento em todas as esferas, inclusive a minha, médica, com a demanda sobrecarregada, o atendimento é inferior ao que poderia ser ofertado se fosse respeitada a demanda proposta em conjunto de todos os profissionais que trabalham na Unidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional – UBS Dr. Elvio Basso**

Na cidade de Barão de Cotegipe, ao norte do estado do Rio Grande do Sul, há uma população estimada de seis mil, setecentos e oitenta e quatro pessoas, com a distribuição entre os sexos igualitária, apenas cinco homens a mais. Tem a sua maior parcela entre pessoas de quinze e cinquenta e nove anos de idade e cerca de um terço dos habitantes é composto por mulheres em idade fértil, apesar de um número muito expressivo, a natalidade é baixa, temos menos mulheres grávidas e crianças abaixo de um ano do que a estimativa para esta população. Os idosos compõem cerca de um sexto da população total. Os residentes em BC (Barão de Cotegipe) estão 100% cadastrados na Unidade Básica de Saúde.

O que torna a unidade básica de saúde muito requisitada é o fato de que as gestões públicas passadas não investiram em opções de lazer, podemos confirmar este fato ao chegar, no ano de 2013, ao patamar abusivo de mais de vinte mil consultas médicas, além disso, a população está acostumada a ter consultas na hora e dia que julgue necessário ou que esteja apta a consultar, a tal ponto que se ofendem com a oferta de agendamento.

Funcionamos vinte e quatro horas, fora do horário comercial há plantão médico na forma de sobreaviso e sempre há uma equipe de enfermagem à disposição. É uma UBS mista dividida em três regiões, adequadas quanto ao número de pessoas determinadas pelas portarias do SUS, não há distinção na divisão entre área urbana ou rural, todavia uma das áreas não é cadastrada junto ao Ministério da Saúde, no entanto as três áreas funcionam como Estratégia de Saúde da Família. Em duas áreas rurais de mais difícil acesso, cerca de 20 km de distância da sede da UBS, possuímos duas unidades básicas, que apesar de inferiores na sua estrutura, recebem equipes, cada uma delas um turno por semana, para consultas eventuais e agendamentos.

Quanto ao quadro de funcionários que atuam diretamente na saúde temos: seis médicos, três enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma psicóloga, uma bioquímica/farmacêutica, uma odontóloga e doze agentes comunitários de saúde.

Quando são necessários exames laboratoriais, de imagem ou encaminhamentos temos que seguir padrões institucionalizados pela Secretaria da Saúde, quando não consta nos documentos, que são entregues assim que chegamos à Unidade, o usuário deve pagar pelo serviço, o que fere as diretrizes do SUS, mas muito comum nesta região, a população não se incomoda e muitas vezes, no caso de exames laboratoriais ou de imagem, prefere pagar a esperar pelas filas do SUS, a demora é em média de trinta a quarenta e cinco dias para exames laboratoriais, sessenta a noventa para encaminhamentos e variável para exames de imagem, apesar da espera ser muito menor relacionando a outras cidades, por a cidade ter um poder aquisitivo aceitável, a população que se dispõe a arcar com os gastos leva a requisição fornecida pela UBS ao laboratório ou clínica, alguns dos locais desconta alguma porcentagem por ser requisição do SUS. Os medicamentos são amplamente distribuídos de forma gratuita, os que não constam na lista da

Farmácia Popular podem ser disponibilizados pela Secretaria desde que solicitados pelo usuário, esta medida, que ao primeiro olhar parece satisfatória acaba gerando oneração alta ao serviço de saúde e deturpa o atendimento. A UBS foi construída há pouco mais de três anos, é composta de dois andares, no inferior temos quatro salas de atendimento médico, uma sala de enfermagem, um ambulatório para pequenos procedimentos, uma sala de triagem, duas salas de espera, banheiros público e para profissionais da Unidade, um auditório para as reuniões semanais da Unidade, para reuniões com agentes comunitários de saúde antes das visitas domiciliares, para grupos de usuários que ocorrem ao longo das semanas e para reuniões que possam ser necessárias. Temos ainda uma sala de observação, uma cozinha, uma lavanderia, uma sala de Conselho de saúde, uma sala onde se faz a parte burocrática da UBS; temos duas portas de acesso já que as urgências que são coletadas via ambulância Municipal tem acesso por uma delas. Já no andar superior temos duas salas de atendimento médico, uma sala de esterilização, uma sala de captação de materiais, uma cozinha, uma lavanderia, uma farmácia, uma sala de estoque de medicamentos, uma sala de emergências com eletrocardiograma, oxigênio, desfibrilador automático, uma sala de vacinas, uma sala de atendimento psicológico, uma sala de expurgo e a sala do Secretário da Saúde.

Quanto à estrutura temos a deficiência de não possuímos rampas, nem corrimões ao longo dos corredores, apesar disto, temos piso não derrapante, salas amplas, bem arejadas e de fácil acesso, devidamente sinalizadas, material de expediente satisfatório, computadores em todas as salas porque os prontuários são eletrônicos, sonar doppler e gel, fitas métricas. A UBS passará por uma reforma e ampliação ao longo do ano de 2014 e certamente se adequará às necessidades dos usuários de forma global.

A maior fragilidade quanto aos atendimentos são a demanda extrema que prejudica o andamento correto da UBS, assim como a não padronização dos atendimentos. A instauração de protocolos e fluxogramas para as equipes facilitaria a evolução e aperfeiçoamento do atendimento. Evidentemente, como toda mudança, levaria certo tempo e restrição tanto dos usuários como dos profissionais. Há alguns meses, o estabelecimento de agendamentos previamente realizados pelo usuário gerou certo desconforto na população, porém, tem organizado de forma coerente e funcional os atendimentos, de uma forma geral estes usuários têm sido atendidos

nos horários pré-definidos. Isto é, assim que propostos e aceitos, a tentativa da inserção de padronização será válida e ordenará todos os atendimentos realizados pela equipe de saúde de forma idêntica, sem distinções.

Trabalhamos com uma demanda de doze atendimentos por médico em cada turno, sendo que um deles, que trabalha de forma autocrata, atende nos horários e demanda que lhes convém, geralmente além dos demais, ao fim todos atendem a mesma demanda. Nestes doze, seis são agendados e seis espontâneos para os médicos de área e doze eventuais aos demais. No meu caso, atendo os aleatórios e em dois turnos atendo, também, os agendados da área três, de responsabilidade de minha colega de PROVAB, já que fazemos trinta e duas horas semanais de trabalhos na UBS, para o segundo semestre, serei responsável pela área 2 já que uma médica sairá do serviço. De acordo com os dados coletados, temos 19% de gestantes acompanhadas no serviço, 80% das puérperas realizaram consulta puerperal no último ano, 100% das crianças menores de um ano são acompanhadas, 99% do total de mulheres entre 25 e 64 anos são acompanhadas para prevenção do câncer de colo de útero, 78% de mulheres entre 50 e 69 anos são acompanhadas para prevenção do câncer de mama, 67% do total de hipertensos acima de 20 anos são acompanhados na UBS, 32% do total de diabéticos acima de 20 anos tem acompanhamento. Os idosos também recebem acompanhamento na UBS. Para melhorar estes números, supracitados, uma triagem acurada seria a solução, tal como a educação em saúde por parte da população.

No que concerne o atendimento à criança, temos grupos de gestantes que agregam conhecimento para esta época, além de projetos nas escolas e creches. No tocante à puericultura, fazemos uma consulta mensal até um ano, o que vai além do proposto pelo Ministério da Saúde, as consultas são agendadas e nelas utilizamos ficha própria deste atendimento, ela é atualizada conforme as edições dos manuais de Puericultura do Ministério da Saúde. Em duas das áreas da UBS, temos uma boa aceitação e comparecimento, entretanto na área de número três, a qual atuo, o comparecimento, o interesse e a aprovação é débil. Não podemos negar que ao menos uma consulta de puericultura foi feita por cada um dos menores de um ano da área, porém aquém do necessário. Ainda não soubemos determinar se esta fragilidade, obviamente anexada a uma poder socioeconômico e cultural deficitário,



vem da falta de incentivos e educação em linguagem verbal e gestual adequada à realidade da região, ou da própria equipe em não engajar-se plenamente na busca por soluções e no estudo aprofundado dos residentes da zona em questão.

Já em relação ao pré-natal a cobertura é apropriada, temos poucas gestantes na cidade, como já dito, todas passam pela UBS assim que se acham grávidas. Devido ao poder aquisitivo e a facilidade de acompanhamento com profissionais de atuam de forma autônoma, em consultórios particulares, muitas das usuários procuram este tipo de seguimento, o que prejudica o acolhimento da UBS e a utilizam como passagem para exames laboratoriais, de imagem e em casos de urgência; outras retornam ao serviço se não conseguem custear todo curso da gestação. Embora isto ocorra, o atendimento das que seguem aqui, é equivalente ao proposto pelos manuais do Ministério da Saúde. Temos registro específico para este tipo de atendimento assim como agendamento como proposto pelos protocolos. Além das consultas temos grupos de gestantes, que ocorrem um turno por mês com orientações sobre o período o qual estão passando, através dos profissionais de saúde, uma área por vez, de forma a englobar todos os aspectos e mudanças da fase.

Em relação à prevenção ao câncer de colo de útero, a cobertura está ineficaz, somente 29% das mulheres realiza o exame citopatológico, a julgar que exerçam todas as atividades em saúde nesta unidade. Os exames são realizados por uma enfermeira que apesar estar vinculada ao serviço e ocupar mesmo espaço físico, não faz parte da Estratégia de Saúde da Família, este talvez seja um fator de desinteresse ou falta de procura das usuárias que veem os dois andares como locais e funcionamento distintos. As coletas são realizadas em dois turnos por semana e os exames coletados são de boa qualidade, sempre contendo todas as informações necessárias para o acompanhamento, no último ano nenhuma das usuários necessitou a repetição do exame.

Para melhorar os índices todos os dados deveriam estar inseridos em algum programa de fácil acesso em que pudéssemos coletar informações para aprimorar o cuidado da mulher, assim como é feito com os exames alterados, que são inseridos em uma pasta própria, ou seja, a usuária com patologia está assistida de forma correta, o que devemos melhorar são o acesso e a intervenção nas usuárias com exame normal. A estratégia da seleção de casos alterados e busca ativa das

mulheres, por mais que sejam encaminhadas para serviços especializados, são efetivas, estas mulheres são acompanhadas e recebemos as informações, quando não retornam para acompanhamento, através de ligações telefônicas, informações de agentes comunitárias de saúde, contato com parentes.

Relativo à prevenção do câncer de mama, ainda que tenha uma cobertura de 78% das mulheres, a grande maioria foi solicitada a partir do interesse da usuária e não do profissional em oferecer o exame. É de suma importância a conscientização não só da população, mas de todos os profissionais da UBS que em cada contato com a usuária fale sobre o assunto. As orientações e a avaliação de risco estão de acordo com a excelência, porém não há controle sobre mamografias atrasadas ou nunca realizadas, isto faz do serviço um mau exemplo. O dado mais alarmante é o escasso cadastramento em um sistema observacional das mulheres, precisamos encontrar uma maneira para cadastrar ou relatar todas as mulheres que realizam estes rastreios de forma simples, concisa e de fácil manejo. Sabemos somente pelo prontuário eletrônico e em cada consulta avaliamos se a mulher a realizou ou não, se estava alterado ou não; não possuímos um cadastramento populacional. Não temos os dados das usuárias com alteração discriminados, assim como possuímos nas alterações do colo uterino, acredito que devemos utilizar o mesmo método que é eficiente e tem bons resultados aqui na UBS.

A atenção aos hipertensos e diabéticos não é realizada de forma singular. Estes usuários não são contemplados com protocolos, prontuários ou fluxogramas específicos. As avaliações ocorrem ao longo de consultas requisitadas pelos próprios interessados. Temos grupos para estes indivíduos, entretanto a aceitação e comparecimento são baixos e sempre compostos pelos mesmos, não conseguimos agregar mais usuários. O maior obstáculo está na falta de protocolos específicos, a organização também deve fazer parte dos serviços de saúde, principalmente no que concerne a doenças tão prevalentes e de grande morbidade.

Outro déficit do serviço é o atendimento do idoso. Apesar de suprimos com as mais variadas formas de auxílio como imunizações, visita domiciliar, fornecimento de medicações na unidade básica de saúde, atendimentos agudos e eletivos, agendamento para a próxima consulta no dia da intervenção, além do grupo de idosos (não vinculado a UBS de forma direta). A falta de um registro específico e de um guia de atendimento e a consequente falta da visão como

usuário diferenciado afeta negativamente no desenvolvimento das ações. Infelizmente deixamos de atender esta grande parcela da população de forma global, esquecendo, muitas vezes, pontos importantes como a avaliação da independência.

Apesar de, aparentemente, ter cobertura de 100%, já que todos os idosos são cadastrados junto a unidade básica de saúde, já que os cadastros do SUS são realizados na própria UBS, assim como os registros do SIAB, vemos que os 18% possuidores de caderneta, são os participantes do grupo de idosos, entretanto, isto não quer dizer que todos sejam devidamente avaliados, pois não há controle de faltas ou perdas de contato com os participantes do grupo, muito menos com os cadastrados na unidade, os mais bem avaliados são os poucos que necessitam de visita domiciliar, visto que por sua maior fragilidade, são avaliados de forma global e mais estrita pela equipe de saúde. Por outro lado, algumas agentes comunitárias de saúde realizam visitas a esta parcela da população de forma frequente e responsável, repassando as informações às equipes para que se possa realizar o controle e a intervenção necessária.

Através dos dados supracitados, concluo que a privação na excelência do atendimento está no fato da preferência do atendimento em massa em detrimento de um olhar acurado e amplo do usuário e na falta de protocolos e fluxogramas de atendimento. A reorganização da Unidade com a padronização dos atendimentos fornecidos pelas equipes tornará a UBS símbolo de competência e fará dos ajustes detalhes a serem empregados. O grande passo é a organização, fundamental, e as estratégias para a educação em saúde da população que devem ser realizadas por todas as Secretarias da Gestão, não só a da Saúde. O ideal é que fossem estratégias vinculadas aos três âmbitos de Governo, Municipal, Estadual e Federal, o conhecimento aprimora a nação assim como a torna transparente.

### **1.3 Análise comparativa**

Após a conclusão da análise situacional com base em dados concretos coletados semanas anteriores sobre o serviço de saúde que atuo, tenho a clara visão de que com um substrato superficial sobre o serviço, como realizado na segunda semana de atividades, jamais será visto as deficiências presentes de forma

desenvolvida. Analisar de forma rasa uma estrutura de funcionamento tão ampla e com importância para o funcionamento da saúde de uma cidade é demais leviano e gera deturpações e obstáculos para o andamento da saúde.

Em suma, a importância em esclarecer os percalços vividos pela população ou pelo profissional em sua atividade diária, atribuídos à estrutura física, ao aporte material e ao pessoal faz das dificuldades apenas contratempos a serem consertados com medidas adequadas, sejam elas complicadas ou não. Deixar tudo com está é a medida mais simples e ineficaz para o desenvolvimento do País, assim como pensar que um grupo não pode modificar a estrutura já rígida e com ideais ultrapassados. A renovação é necessária em todos os aspectos da vida, as evoluções em cada campo da saúde deve ser integrada ao cotidiano, abster-se da responsabilidade da mudança nos faz mais deletérios e cúmplices da falhas de Gestão.

## **2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1 Justificativa**

O envelhecimento da população já é uma realidade vivida pela nossa era, o que antes só ocorria em países desenvolvidos torna-se veracidade global. Esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização, estima-se que em 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2006). Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2012).

As doenças crônicas não transmissíveis representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento a todas as nações, a organização mundial da saúde estima que cerca de 36 milhões de mortes anuais sejam atribuídas a este grupo de doenças, cujas taxas de mortalidade já são muito mais elevadas nos países de baixa e média renda, assim como com menor escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menos acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdade sociais, no Brasil estas doenças compuseram a magnitude de 72% da mortalidade total no país em 2007 (BRASIL, 2013). Em 2011 o Brasil lançou o plano de ação nacional onde define e prioriza as ações e os investimentos necessários e estabelece metas e compromissos a serem atingidos para os próximos 10 anos.

A maioria dos idosos é portador de alguma doença crônica, a grande maioria das doenças não incapacita de forma global, ao ponto que os idosos são capazes de garantir autonomia, vontade e vida social. Ao longo dos anos, quando isto não é mais possível é que surgem as objeções do próprio idoso assim como da sua família, já que muitos se tornam dependentes e por vezes a família não se adapta às mudanças. O que deve ser almejado por esta população é saúde global, de todos os aspectos, motor, psicológico, funcional. O bem-estar cobijado por todos deve ser

adquirido anos antes da chegada da terceira idade, quando isto não é visto, acabam gerando frustrações, perdas financeiras, desgastes psicológicos e sociais. O que deve ser combatido nesta ação é a necessidade de tratamentos invasivos, realizaremos a prevenção secundária e terciária nos que necessitam e primária nos que não desenvolveram até o presente momento as afecções, com base nos manuais do ministério da saúde.

Barão de Cotegipe, cidade localizada ao norte do Rio Grande do Sul, é composta de 6784 habitantes, divididos em área rural e urbana basicamente metade em cada, e possui três equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF). Os limites das ESF foram demarcados em mapa há cerca de 5 anos, com o aumento da população e das áreas ocupadas, muitos agentes comunitários de saúde, doze no total estão sobrecarregados, algumas poucas famílias não estão cobertas por estes profissionais, o que está prejudicando o desenvolvimento de algumas ações. Temos 926 idosos, destes, os registros do Sistema de Informação da Atenção básica (SIAB) apontam somente 7% de hipertensos e menos de 1% de diabéticos, o que reflete a falta ou a desorganização dos dados da UBS. Duas das equipes de ESF são compostas por técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, uma delas é composta somente por técnico de enfermagem e médico. Temos ainda na UBS uma dentista, duas nutricionistas, uma fonoaudióloga. A estrutura é adequada, ainda faltam detalhes que são de extrema importância como corrimões nos corredores, outro problema são as escadas, somos divididos em dois andares, sendo um térreo e um subsolo, a maioria dos atendimentos de enfermagem e médicos são realizados no subsolo, por vezes atendemos em salas improvisadas no andar térreo pela dificuldade de locomoção de pessoas idosas.

Por a cidade ser de poucos habitantes, a intervenção abrangerá todas as áreas, portanto, os 926 idosos. A respeito da assiduidade desta faixa etária na UBS, não temos dados concretos, muitos dos atendimentos são direcionados a eles, porém muitas vezes em busca de medicações pontuais, ou renovação de prescrição de medicamentos de uso contínuo, outro ponto a ser entendido é que a população, pela facilidade de atendimento, costuma retornar a UBS com frequência, ou seja, há idosos sendo atendidos constantemente, porém, o mesmo usuário retorna muitas vezes, já outros são desconhecidos pelas equipes. Temos desenvolvido alguns grupos de usuários, envolvendo diversas áreas de saúde, temos o grupo de

hipertensos e diabéticos que ocorrem na própria UBS e por vezes no salão da prefeitura, e o de idosos que se desenvolve no salão paroquial, não é diretamente desenvolvido pela UBS, porém as equipes participam com freqüências aos encontros.

A independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos sistemas funcionais principais, a cognição, capacidade mental de compreender e resolver os problemas, o humor, motivação necessária para atividades e/ou participação social que inclui, também, outras funções mentais como o nível de consciência, a senso-percepção e o pensamento, mobilidade, a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde está inserido que depende da capacidade de alcance, preensão, pinça, postura, marcha, transferência, capacidade aeróbica e continência esfincteriana, e a comunicação, capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos, e está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar, depende da visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial (BRASIL, 2012).

No estatuto do idoso, parágrafo único, há garantia de atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviço à população (BRASIL, 2013). Para tanto a funcionalidade da UBS deverá a partir de hoje encarar o estatuto do idoso de forma séria, muitas vezes o casal de idosos não pode ser atendimento no mesmo dia por uma norma da UBS onde somente é liberada uma ficha por família por dia. Neste caso, devemos atender à população idosa independente do dia, horário ou número de familiares acima de 60 anos. Muitas vezes o casal de idosos se sujeita às intempéries por uma consulta médica, muitas vezes por carência afetiva, será instituído o atendimento de idosos de forma priorizada e individualizada.

A equipe de saúde está de acordo com a intervenção proposta, as equipes de enfermagem e médicas aderiram e estão dispostas a seguir com o atendimento diferenciado e focado no idoso, a dentista da UBS, infelizmente está aguardando ser chamada em outro local de trabalho, isto ocorrerá, provavelmente em pouco tempo, a mesma aceitou participar de algumas ações da intervenção, porém com esta ressalva. Todos concordaram que o atendimento desta faixa etária é falho e há, de fato, necessidade de mudança. A gestão da cidade enfatizou que será aberto

concurso público para o ingresso de novos profissionais, dentista, enfermeiro e agentes comunitários da saúde. A intervenção é viável por ser realizada sem a necessidade de tecnologias pesadas, a introdução de uma ficha-espelho direcionada a faixa etária facilitará o desenvolvimento correto da abordagem.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **A) Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Dr. Elvio Basso no município de Barão de Cotegipe/RS.

### **b) Objetivos Específicos e Metas**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde.

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30%.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde Dr. Elvio Basso no município de Barão de Cotegipe/ RS.

**Meta 2.1.** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

**Meta 2.3.** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.4.** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

**Meta 2.5.** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 2.6.** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com



problemas de locomoção.

**Meta 2.7.** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Meta 2.8.** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

**Meta 2.10.** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso na UBS Dr. Elvio Basso.

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1.** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Meta 4.2.** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

**Objetivo 5.** Mapear os idosos de risco da área de abrangência da UBS Dr. Elvio Basso

**Meta 5.1.** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Meta 5.2.** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

**Meta 5.3.** Avaliar a rede social de 100% dos idosos

**Objetivo 6.** Promover a saúde dos idosos

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Meta 6.2.** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

**Meta 6.3.** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.3 Metodologias**

Para atingir os objetivos e metas propostas, foram elaboradas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### **2.3.1 Detalhamento das Ações**

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso**

**Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 30% dos idosos pertencentes à área de abrangência da UBS Dr. Elvio Basso no município de Barão de Cotegipe/RS.**

#### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o número de idosos cadastrados no programa da saúde do idoso. O monitoramento dos idosos será através revisão semanal da ficha espelho confeccionada para a saúde do idoso. Os dados contidos na ficha espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha de coleta de dados eletrônica e avaliados mensalmente.

#### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Cadastrar a população de idosos da área adstrita. Os idosos serão cadastrados em prontuário clínico eletrônico, as ações realizadas serão registradas em ficha individual de acompanhamento em papel denominada ficha espelho, e alocados em fichário específico. Os profissionais da UBS durante as consultas realizarão o preenchimento dos dados iniciais caso ainda não tenha sido atendidos na UBS.

Priorizar o atendimento aos idosos conforme diz o Estatuto do Idoso. Acolher os idosos e seus acompanhantes, priorizando o seu atendimento de forma integral que engloba a avaliação neurocognitiva, psicológica e motora, nutrição, imunização, saúde bucal.

Aumentar o período de atendimento ao idoso. Fica definido que este grupo etário será acolhido assim que procure a UBS, de modo que independente do motivo, será avaliado de forma global.

Atualizar as informações do SIAB semanalmente, o profissional responsável será o enfermeiro em conjunto como digitador da UBS.

### **C) Engajamento público**

Orientar a comunidade sobre o programa de saúde do idoso e quais os seus benefícios. Orientar o grupo de hipertensos, diabéticos e dos próprios idosos da importância do atendimento a esta faixa etária. Utilizaremos as ACS (agentes comunitárias de saúde) como porta-voz da ação, já que estão alocadas em todas as áreas de abrangência da UBS, fornecendo as informações e os incentivos corretos ao Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe no acolhimento do idoso, para adoção dos protocolos referentes à saúde do idoso propostos pelo Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização, que informações devem ser fornecidas aos familiares e à comunidade sobre este programa de saúde. Será realizada uma capacitação oral e individualizada para a equipe sobre o projeto de intervenção a qual incluirá as metas e os objetivos e como serão realizadas as ações, bem como a definição das atribuições de cada um dos envolvidos. Reiterar a importância do projeto e seu posterior seguimento sendo implantado como rotina. Capacitar os ACS na busca ativa dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atendimento aos idosos**

**Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.**

#### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o percentual de idosos que tem a avaliação multidimensional rápida, através da ficha espelho especial, em papel, focada na intervenção, sendo revisado semanalmente pela médica. Os dados contidos na ficha espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha de coleta de dados eletrônica e avaliados mensalmente.

#### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...). Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. Incentivar as ACS para a detecção precoce de idosos que não consultam áreas de abrangência, intensificar as visitas domiciliares para o acolhimento e incentivo para realização de consultas na UBS, realizando o agendamento da consulta de avaliação já no momento da visita dos profissionais ou se preferir via telefonema. Fazer busca ativa dos idosos que não tiverem comparecido no serviço na consulta agendada.

#### **C) Engajamento público**

Informar aos idosos e familiares sobre as facilidades oferecidas para a realização da atenção à saúde do idoso, a importância destas avaliações e o tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. A orientação das condutas esperadas em cada consulta para que ocorra o controle social se dará durante os grupos de hipertensão, diabetes, idosos e em visitas domiciliares e consultas individuais.

#### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe no acolhimento do idoso para adoção dos protocolos referentes à saúde do idoso propostos pelo Ministério da Saúde. Capacitar a equipe sobre avaliação global e que informações devem ser fornecidas ao usuário e à comunidade sobre este programa de saúde.

As capacitações serão realizadas após autorização, nas reuniões de equipe que ocorrem em dias específicos, semanalmente, antes das saídas para visitas domiciliares, as reuniões são compostas por toda a equipe de ESF (estratégia de saúde da família). Treinar a equipe para a aplicação da avaliação Multidimensional Rápida, assim como treinar para que haja encaminhamento nos casos que necessitem avaliação especializada.

**Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.**

#### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar semanalmente a ficha espelho dos idosos, quantos possuem exame clínico apropriado em dia. Os dados contidos na ficha espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha de coleta de dados eletrônica e avaliados mensalmente.

#### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Garantir material adequado para realização do exame físico da pessoa idosa (balança, martelo de reflexos, testes de sensibilidade, fita métrica, local apropriado, teste do exame mental na sua forma resumida, teste de Sneelen). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Será oferecido o Manual do Ministério da Saúde alocado na sala de enfermagem, sempre aberta e disponível a todos os profissionais.

Garantir o encaminhamento e a contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

### **C) Engajamento público**

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A orientação se dará durante os grupos de hipertensão, diabetes, idosos e em visitas domiciliares e consultas individuais.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas e exames, padronizando o atendimento da equipe. Reiterar o preenchimento e interpretação da caderneta e como descrever os testes realizados.

**Meta 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar semanalmente a solicitação de exames complementares para os idosos hipertensos e diabéticos com atraso, através da ficha espelho e prontuário eletrônico, para que a solicitação seja de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, assim como o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. Os dados contidos na ficha espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha de coleta de dados eletrônica e avaliados mensalmente.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no

protocolo junto ao laboratório que realiza os exames para o Município, diminuindo a burocracia local para facilitar a realização.

Estabelecer sistemas de alerta, através da separação das fichas individuais de idosos, para a não realização dos exames complementares preconizados. As avaliações quanto ao atraso e tempo de solicitação de novo exame serão realizadas durante a consulta programada ou àqueles que não costumam comparecer à UBS, de acordo com os dados lançados nos prontuários e fichas de avaliação, caso seja necessário ocorrerá busca ativa.

### **C) Engajamento público**

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade e periodicidade com que devem ser realizados exames complementares nos grupos de hipertensos, diabéticos, idosos e consultas individuais.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Padronizar a equipe e reiterar o seguimento do protocolo do Ministério da Saúde para solicitação de exames complementares e a interpretação dos dados obtidos nos exames.

**Meta 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar os idosos para que estejam utilizando terapêuticas que constem na Farmácia Popular. O monitoramento se dará semanalmente através da revisão da ficha espelho e a avaliação se dará mensalmente através da planilha eletrônica de coleta de dados.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Garantir que os idosos tenham

fácil acesso à medicação, principalmente de uso contínuo, para que assim haja adesão ao tratamento proposto, evitando sempre a polifarmácia.

### **C) Engajamento público**

Compartilhar com os usuários e familiares presentes a necessidade da terapêutica e as facilidades em consegui-la, incentivando o uso racional da medicação. Informar aos familiares sobre o uso correto para que, quando necessário, interfiram no modo de uso pelo usuário. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia, além dos que constam na farmácia da própria UBS via Prefeitura Municipal, e possível alternativa para obter este acesso.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. Reiterar o uso racional das medicações evitando medicamentos caros e com pouca comprovação, assim como medicamentos que não constem na própria UBS ou na Farmácia Popular, assim como evitar a polifarmácia. Capacitar a equipe para orientar os usuários, nas consultas, grupos ou visitas domiciliares, sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Meta 2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o percentual de idosos cadastrados que estejam acamados ou com problemas de locomoção. Será realizada a revisão semanal das fichas espelho e avaliação mensal do percentual.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Garantir o cadastro de 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, através de agentes de saúde ou familiares, facilitando o atendimento e



adesão aos tratamentos. Ao identificar o idoso acamado ou com problema de locomoção, a ACS poderá solicitar visita domiciliar da equipe de saúde, ou agendar consultas, conforme achar necessário.

### **C) Engajamento público**

Compartilhar com os usuários e/ou responsáveis através de encontros individuais nas consultas, grupos de hipertensos, diabéticos e idosos, palestras ministradas periodicamente na comunidade, visitas das agentes comunitárias de saúde, a importância da comunicação entre o serviço de saúde e a comunidade no sentido de auxílio mútuo, informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Reiteração, junto as ACS que tem contato diário com a comunidade, da importância da realização do cadastramento dos usuários com dificuldades de locomoção ou acamados. Aproveitaremos o momento para atualizar os ACS sobre o cadastramento.

**Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar a realização de visita domiciliar a idosos acamados ou com problemas de locomoção. O monitoramento será realizado através da revisão semanal da ficha espelho e a avaliação será realizada mensalmente.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Realizar relatórios periódicos sobre este grupo populacional reavaliando constantemente a necessidade de visita domiciliar, sua periodicidade, individualizando o que é necessário a cada usuário de forma integral, planejando o agendamento as visitas domiciliares.

### **C) Engajamento público**

Orientar a comunidade através das agentes comunitárias de saúde, palestras que são constantemente elaboradas pela UBS, individualmente em encontros com os usuários e familiares para consultas ou procedimentos na própria UBS, sobre a possibilidade de visita domiciliar sempre que esta for necessária, principalmente para os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Orientar os ACS para avaliação da necessidade de visita domiciliar do idoso e qual o grau de suas limitações para comparecer à UBS, além de orientar sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

## **Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente. O monitoramento se dará através da revisão semanal da ficha espelho. Os dados contidos serão repassados para uma planilha de coleta de dados eletrônica que será avaliada mensalmente.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a medida da pressão arterial, esfigmomanômetro, manguitos, estetoscópio, fita métrica, tabelas de adequação da pressão de acordo com o perímetro braquial, na sala de triagem, ambulatorios e consultórios de enfermagem e médicos.

### **C) Engajamento público**

Orientar usuários e familiares sobre a importância do acompanhamento de usuários hipertensos, sobre a importância de medir a pressão arterial após os 60 anos, de forma periódica, orientar a comunidade através de encontros individuais nas consultas, grupos de diabéticos e idosos, palestras ministradas periodicamente na comunidade, visitas das agentes comunitárias de saúde, sobre os fatores de risco para hipertensão e suas complicações, se não tratado.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe nas reuniões que ocorrem em três turnos por semana, geralmente antes das visitas domiciliares, além da reunião semanal que engloba todos os profissionais da saúde ou não, na avaliação do idoso e na medida de pressão arterial adequada, com a escolha certa do tamanho do manguito, posicionamento correto, avaliação das variáveis de mudança da pressão como ter fumado 30 minutos antes, caminhada rápido ou corrido, estar com dor.

**Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente. O monitoramento se dará através da revisão semanal da ficha espelho. Os dados contidos serão repassados para uma planilha de coleta de dados eletrônica que será avaliada mensalmente.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Garantir que todos os idosos hipertensos tenham acompanhamento periódico na busca de alterações glicêmicas. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado, explanando em reunião semanal da importância da realização dos testes para que o Gestor compreenda o risco de diabetes destes usuários e as fontes para rastreio, para realização do

hemoglicoteste na unidade de saúde, hemoglicosímetro e fitas reagentes suficientes para os testes em toda população em risco.

### **C) Engajamento público**

Orientar através de encontros individuais nas consultas, grupos de hipertensos e idosos, palestras ministradas periodicamente na comunidade, visitas das agentes comunitárias de saúde, a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica nos grupos de idosos e hipertensos, e nas consultas individuais. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe da UBS em reunião realizada em três turnos da semana, antes das visitas domiciliares, para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

**Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o número de idosos com necessidade de atendimento odontológico. A avaliação odontológica será monitorada semanalmente através das fichas individuais de atendimento odontológico, agenda da dentista e avaliação básica por parte do restante da equipe de saúde. Os dados obtidos serão transcritos para a planilha eletrônica de coleta de dados, que será avaliada mensalmente.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde, tendo estes, preferência. Cadastrar os idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos, de forma adequar os horários dos idosos ao da agenda da dentista.

### **C) Engajamento público**

Esclarecer a comunidade em consultas individuais, ou qualquer contato com a comunidade sobre a necessidade de avaliação odontológica e a relação das doenças orais com doenças sistêmicas.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe de saúde, através de explicações básicas da profissional na reunião semanal onde comparecem todos os profissionais da UBS, para avaliação e identificação de idosos com necessidade de atendimento odontológico. Capacitar a equipe para realizar cadastramento e agendamento dos idosos de forma breve e de acordo com as necessidades e possibilidades do usuário.

**Meta 2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar semanalmente o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período, através de fichas de acompanhamento odontológico disponibilizadas pelo município, via prontuário eletrônico e revisadas com a ajuda da Técnica de Higiene Dental. Esses dados serão transcritos para aplanilha de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Organizar acolhimento dos idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos, quando disponível, priorizar o

atendimento ao idoso, a triagem fica a cargo da profissional responsável. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

### **C) Engajamento público**

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico de idosos e reiterar sua importância para a saúde geral, as facilidades da UBS. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico através do grupo de hipertensos, diabéticos e idosos, e via ACS. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e as interligações de problemas orais e sistêmicos.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe para realizar acolhimento dos idosos de acordo com protocolo em reunião que acontece semanalmente com todos os profissionais da UBS. Capacitar os ACS para captação de idosos para a consulta odontológica. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos com agendamento e em livre demanda, caso ocorra e a profissional esteja disponível. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico através de orientações que serão dadas pela profissional.

## **Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos às consultas**

### **Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.**

#### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde. O monitoramento se dará através da revisão semanal das fichas espelho. Os dados contidos na ficha serão transcritos para uma planilha eletrônica e avaliados mensalmente.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Organizar as visitas domiciliares para buscar idosos faltosos através das ACS de cada uma das três equipes de saúde da família. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas, a busca ativa será realizada pelas ACS.

### **C) Engajamento público**

Informar à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular do idoso ao serviço de saúde local, assim como esclarecer o porquê e quantas consultas devem ser realizadas. Ouvir a comunidade nos grupos e demais contatos com a comunidade, individualmente em consultas e através de perguntas realizadas pelas ACS, sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, de acordo com a situação do usuário. Alertar os demais profissionais da saúde, quando em contato com o idoso avaliem a assiduidade e qualidade do atendimento ao mesmo. Definir com a equipe a periodicidade das consultas. Utilizaremos o horário da reunião de equipe para a realização desta ação.

## **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

### **Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.**

#### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar semanalmente os registros de todos os acompanhamentos do idoso na unidade de saúde, através da ficha espelho. A avaliação se dará mensalmente através da planilha de coleta de dados.

#### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Manter as informações do SIAB atualizadas periodicamente, o que facilita a identificação de algum idoso que ainda não foi cadastrado no programa da UBS. Implantar ficha em papel específica de acompanhamento (ficha espelho) do

atendimento aos idosos. Pactuar com a equipe o registro correto das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, através da separação das fichas espelho dos idosos em atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

### **C) Engajamento público**

Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via dos prontuários.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos de forma integral tanto na ficha espelho, como na planilha eletrônica de coleta de dados. Utilizaremos a reunião de equipe para realizar essa ação.

## **Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em todos os contatos com o usuário.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para toda população-alvo, composta de 926 pessoas.

### **C) Engajamento público**

Orientar os idosos e a comunidade sempre que comparecerem a UBS e em grupos de idosos, hipertensos e diabéticos sobre a importância de portar a



caderneta quando for consultar na UBS ou em outros níveis de atenção devido às informações nela contidas.

#### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa de forma correta e integral na reunião de equipe que ocorre semanalmente.

### **Objetivo 5. Mapear os idosos de risco pertencentes à área de abrangência**

**Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.**

#### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência através da revisão semanal da ficha espelho. Os dados contidos na ficha espelho serão transcritos para a planilha de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

#### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Priorizar o atendimento dos idosos de maior risco de morbimortalidade, avaliação que será realizada em consulta médica ou visita domiciliar.

#### **C) Engajamento público**

Orientar os idosos durante a consulta sobre sua avaliação de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, além das mudanças que podem ser feitas para diminuí-lo.

#### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar os profissionais para identificação e registro correto de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa em reunião de equipe que ocorre semanalmente.

**Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.**

**A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice através das fichas espelho. A avaliação se dará através da planilha eletrônica de coleta de dados.

**B) Organização e Gestão de Serviços**

Priorizar o atendimento de idosos fragilizados na velhice, desde o acolhimento até a consulta ou visita domiciliar.

**C) Engajamento público**

Orientar os idosos fragilizados, suas famílias e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, em consultas individuais, grupos de hipertensos, diabéticos e idosos, e visitas domiciliares frequentes.

**D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar os profissionais para identificação e registro, com ênfase, dos indicadores de fragilização na velhice em reunião que ocorre semanalmente onde comparecem todos os profissionais da UBS.

**Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos**

**A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, assim como todos os idosos com rede social deficiente. O monitoramento se dará através da revisão semanal das fichas espelho. A avaliação se dará mensalmente.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Facilitar o acesso à consulta assim como visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

### **C) Engajamento público**

Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa, convidando-os a participar dos grupos de idosos, hipertensos e diabéticos, quando convém, de programas culturais e sociais da própria comunidade como bailes, matines, festas, e do estabelecimento de redes sociais de apoio

### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe para avaliar a rede social do idoso de forma a aprofundar-se nas relações familiares e com a comunidade.

## **Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos**

**Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, assim como monitorar o número de idosos com distúrbios nutricionais como obesidade ou desnutrição. O monitoramento se dará através da revisão semanal das fichas espelho e a avaliação mensal se dará através da planilha eletrônica de coleta de dados.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, quando necessário encaminhar para a profissional nutricionista da UBS.

### **C) Engajamento público**

Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis em todos os contatos com o usuário, nas consultas individuais, grupos de idosos, hipertensos e diabéticos, além dos demais contatos sobre alimentação saudável promovidos pela UBS e ministrados pela nutricionista.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar, na reunião que ocorre semanalmente, a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular. O monitoramento se dará semanalmente através da ficha espelho. A avaliação se dará mensalmente através da planilha eletrônica de coleta de dados.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a realização de atividade física supervisionada para idosos na comunidade.

### **C) Engajamento público**

Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular e seus benefícios principalmente em contato individual dando ênfase nos problemas de saúde do próprio usuário e as vantagens para tal da atividade física.

### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular na reunião que ocorre semanalmente.

**Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.**

### **A) Monitoramento e Avaliação**

Monitorar as atividades educativas coletivas nos grupos, através da revisão semanal das fichas espelho. A avaliação se dará mensalmente através da planilha eletrônica de coleta de dados.

### **B) Organização e Gestão de Serviços**

Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

### **C) Engajamento público**

Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes e próteses nas consultas odontológicas, principalmente, e nos demais

contatos com o usuário na própria UBS ou em grupos de idosos, hipertensos e diabéticos.

#### **D) Qualificação da prática clínica**

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias a nível coletivo e individual, ministradas pela profissional da área, na falta desta, por mim.

#### **2.3.2 Indicadores**

##### **Indicador 1.1 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde**

Numerador – Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa

Denominador – Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde

##### **Indicador 2.1 – Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia**

Numerador – Número de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

##### **Indicador 2.2 – Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia**

Numerador – Número de idosos com exame clínico em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

##### **Indicador 2.3 – Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia**

Numerador – Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Denominador – Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos

**Indicador 2.4 – Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizado**

Numerador – Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizado

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 2.5 – Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados**

Numerador – Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Denominador – Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área de abrangência

**Indicador 2.6 – Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar**

Numerador – Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que recebem visita domiciliar

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa acamados ou com problemas de locomoção

**Indicador 2.7 – Proporção de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta**

Numerador – Número de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta

Denominador – Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa

**Indicador 2.8 – Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes**

Numerador – Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Denominador – Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica

**Indicador 2.9 – Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico**

Numerador – Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador – Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa

**Indicador 2.10 – Proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática**

Numerador – Número de idosos com a primeira consulta odontológica programática

Denominador – Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa

**Indicador 3.1 – Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca**

Numerador – Número de idosos faltosos às consultas que receberam busca

Denominador – Número de idosos faltosos às consultas

**Indicador 4.1 – Proporção de idosos com registro na folha espelho em dia**

Numerador – Número de idosos com registro na folha espelho em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados em dia

**Indicador 4.2 – Proporção de idosos com Caderneta da Pessoa Idosa**

Numerador – Número de idosos com Caderneta da Pessoa Idosa

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 5.1 – Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia**

Numerador – Número de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 5.2 – Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia**

Numerador – Número de idosos com avaliação para fragilização na velhice

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa



**Indicador 5.3 – Proporção de idosos com avaliação da rede social em dia**

Numerador – Número de idosos com avaliação da rede social em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 6.1 – Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis**

Numerador – Número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 6.2 – Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular**

Numerador – Número de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 6.3 – Proporção de idosos com orientação individual de saúde bucal em dia**

Numerador – Número de idosos com orientação individual de saúde bucal em dia

Denominador – Número de idosos com primeira consulta odontológica programática

### **2.3.3 Logística**

Para esta intervenção usaremos o Caderno de Atenção Básica nº19, Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa, do Ministério da Saúde do ano de 2006. O caderno tem as orientações para uma organização apurada do processo de trabalho nas Unidades de Saúde, como acompanhar e avaliar a saúde do idoso de forma global, a interpretação das mudanças da idade contidas na caderneta do idoso, a avaliação multidimensional que inclui audição, visão, nutrição, incontinência, atividade sexual, cognição e memória, humor, depressão, função dos membros inferiores e superiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social.

Utilizaremos tanto a caderneta do idoso, fornecida na própria UBS, como a ficha espelho do idoso que será formulada a partir da disponibilizada pelo curso devido a algumas peculiaridades da própria UBS, como a preferência por algumas medicações e a solicitação de exames laboratoriais diferentes dos descritos na ficha-espelho disponível. O prontuário informatizado na UBS não será utilizado para este fim já que a aba de saúde do idoso ainda não está adequada e perde em relação ao papel quanto à organização, ao poder de manipulação e à avaliação periódica.

Juntamente com os idosos cadastrados no Programa do Idoso da UBS, com as Agentes Comunitárias de Saúde, com os grupos de hipertensos, diabéticos e idosos, trabalharemos na busca da qualidade da intervenção, na percepção e avaliação da pessoa idosa em todos os seus aspectos. Desenvolveremos orientações, de forma individual e coletiva nos grupos com foco na prevenção e promoção da saúde, com a introdução de hábitos saudáveis. Para tanto é necessário que o gestor municipal disponibilize a toda população idosa a caderneta do idoso.

O atendimento ao idoso será priorizado na UBS de forma a contemplar o Estatuto do Idoso, todos os idosos serão acolhidos desde a chegada à UBS pelos profissionais que serão treinados para tal. Os idosos serão priorizados na ordem das consultas, com a ressalva no caso de haver urgência ou emergência ao mesmo tempo, independente da queixa, os idosos que procurarem atendimento serão avaliados de forma global. Os idosos que necessitarem visitas domiciliares, indicados pelas agentes de saúde, ou identificados em consulta médica ou atendimento de enfermagem, serão avaliados e acompanhados periodicamente de acordo com a sua situação atual. As visitas domiciliares acontecerão de forma fixa em três turnos da semana, e podem ser agendadas via telefone em qualquer turno, de acordo com a disponibilidade do profissional e a gravidade do quadro.

Realizaremos atendimento para todos os idosos, pois temos seis médicos disponíveis na unidade, isto facilitará para alguns usuários que não podem comparecer em alguns horários por restrições quanto a transporte ou mesmo devido a doenças crônicas em que exacerbam em alguns climas específicos. As consultas aos idosos serão realizadas por enfermeiros e médicos a critério do quadro e disponibilidade.

Uma capacitação ministrada por uma das médicas vai ser ofertada para toda a equipe no modo individual e/ou coletivo por profissão, de acordo com a disponibilidade de cada setor, será realizada nas reuniões que ocorrem na UBS em quatro turnos, onde três são específicas por ESF e uma é para todos os profissionais que atuam na UBS. De acordo com as dúvidas, se buscará auxílio de outros profissionais como a dentista, enfermeiros, nutricionista, estes explicarão na reunião semanal que será destinada à capacitação para que não haja interferências nos setores acima citados. Essa capacitação visará a reciclagem de conhecimento das diversas abordagens do caderno de saúde do idoso, acolhimento, visitas domiciliares, preenchimento da ficha espelho, caderneta do idoso, avaliação multidimensional rápida, gráficos, bem como suas interpretações, busca ativa, identificação de fatores de risco, compreensão de quando devemos encaminhar para outro setor da própria UBS ou fora dela, prevenção de acidentes e violência, alimentação. Será disponibilizada às equipes uma cópia do protocolo utilizado para a intervenção.

Faremos alertas verbais sobre a importância da intervenção, tanto a curto quanto em longo prazo nos grupos de hipertensos, diabéticos e idosos. As ACS também serão multiplicadoras sobre a intervenção, através das visitas domiciliares e também informarão as instituições religiosas e o comércio local para que sejam parceiros nas informações.

O acolhimento do idoso será realizado pela técnica de enfermagem, primeira pessoa a qual o idoso passa na UBS, assim que triada segundo a queixa aguda ou consulta de prevenção, a mesma técnica separará a ficha espelho para todos os atendimentos, disponível em um arquivo especial, preencherá a ficha de atendimento como de costume e passará para o setor de interesse. Será realizado o atendimento segundo a queixa, e todas as ações propostas no programa. Aproveitaremos o momento para verificar a assiduidade do idoso à UBS e o atraso em relação aos exames complementares.

O monitoramento da ação programática se dará através da revisão semanal, das fichas espelho dos idosos, identificando as ações realizadas, como exames complementares, fatores de risco, consultas em atraso, atendimento odontológico em atraso e outras ações. Ao final de cada semana os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos para a planilha eletrônica de coleta de dados, que será

avaliada mensalmente quanto às melhorias no atendimento ao idoso e a cobertura do programa.

Será utilizada na intervenção a caderneta pertencente ao usuário, que são disponibilizadas pelo município, assim como a ficha espelho. Como essa ficha ainda não consta nos documentos da UBS, ela será formulada e apresentada em reunião para a aceitação da equipe de saúde assim como do gestor. Serão impressas na unidade poucas cópias da ficha espelho, para dar início a intervenção, até que o processo de licitação seja finalizado e os impressos sejam entregues a UBS. Todas as médicas ficarão responsáveis pela atualização dos dados, e apenas uma médica (a profissional que está realizando especialização em Saúde da Família) ficará responsável pela revisão semanal das fichas e avaliação mensal dos indicadores. Mesmo sendo responsabilidade da médica, os demais profissionais das equipes também estarão aptos a realizar o monitoramento e avaliação, pois receberão capacitação.

### 2.3.4 Cronograma

[illegible]



### **3. Relatório da intervenção**

#### **3.1 Ações que foram previstas no projeto e foram desenvolvidas**

O projeto de intervenção desenvolvido foi direcionado à saúde do idoso acima de 60 anos. Iniciamos a intervenção pela organização do projeto através de discussões entre todos os profissionais envolvidos com a saúde, priorizando o quão importante é o atendimento a esta faixa etária, o sistema de prontuários eletrônicos teve a atualização na qual os idosos têm preferência na sequência de atendimentos, anteriormente era por ordem de chegada.

Realizamos a capacitação segundo o protocolo do Ministério da Saúde e definimos o papel de cada integrante da UBS na intervenção. Logo organizamos o serviço realizando a impressão das fichas-espelho, aprovadas pelas equipes de saúde, em um primeiro momento as fichas em branco ficam nos consultórios, assim que preenchidas é feito um aviso visual sempre que se abre o prontuário eletrônico e as fichas são arquivadas na sala de triagem, acessível a todos os profissionais.

Foram disponibilizados os manuais na sala de enfermagem onde possui diversos outros materiais bibliográficos, assim são de acesso universal. As vagas para consultas continuaram ocorrendo da mesma forma, o que mudou foi o atendimento imediato, temos seis consultas agendadas para cada médico e seis eventuais, com a diferença que se o idoso chegar a UBS, independente se já houver finalizado as doze fichas, ele será acolhido.

Ao longo do projeto conseguimos seguir o cronograma proposto, com a ressalva que realizamos mais palestras do que o previsto, nelas foi reafirmado a importância do atendimento ao idoso mesmo sem queixa em todos os grupos da UBS, já que há influência da família no cuidado à saúde. O monitoramento das ações realizadas ocorreu semanalmente observando as dificuldades e trazendo formas de melhorar as ações.

Realizamos a entrega das cadernetas dos idosos, que no início teve dificuldades devido ao baixo número de cadernetas existentes na UBS já que

muitas delas foram entregues em palestras e encontros anteriores à intervenção, para isto solicitamos novas cadernetas para completar a ação.

A avaliação multidimensional rápida foi implementada com êxito apesar da primeira vista parecer exaustiva, vimos a importância desta avaliação na faixa etária proposta. O exame clínico apropriado e os exames complementares já eram rotina na UBS, com a ficha-espelho o controle destes aspectos ficou ainda mais fácil, visto que não há necessidade de rodar todo prontuário eletrônico para avaliá-lo.

O rastreamento dos idosos para a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes foi bem feito e de fácil manejo, não houve grandes dificuldades neste tópico. Houve priorização de prescrição de medicamentos da farmácia popular como também de medicações que a própria UBS possui como já era realizado.

O acompanhamento em visita domiciliar os idosos acamados ou com problemas de locomoção foi de excelência, as equipes engajaram-se rapidamente no atendimento a estes usuários.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi um passo importante na melhoria da atenção ao idoso visto que não era realizado por todos os profissionais da equipe, é uma tarefa de fácil manejo e que não dispende muito tempo do atendimento, por isso, bem aceita.

A avaliação da morbimortalidade, assim como a fragilização da velhice e a rede social já era realizada pela equipe de forma desarmônica, cada membro tinha informações, porém não eram divididas com os outros, ou seja, para estes itens foi necessário um rearranjo de informações nas reuniões de grupo para alcançar o objetivo.

As orientações para hábitos saudáveis de vida como alimentação e atividade física além de serem dadas em palestras de grupo ministradas pelas diversas áreas contidas na UBS, foram reafirmadas em consultas privadas, com a

implantação da academia ao ar livre, vimos diferenças marcantes na qualidade de vida, ao longo do processo de conscientização, da faixa etária em questão.

### **3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

O cadastramento não foi realizado em todos os idosos como previsto, porém a meta principal foi atingida, o cadastramento ocorreu conforme os idosos consultavam na UBS ou recebiam visita domiciliar conforme triagem dos ACS. Outra ação que foi realizada parcialmente foi referente as consultas odontológicas programáticas. Na UBS temos três ESF e apenas uma dentista, infelizmente a profissional não consegue agregar toda a população, para isto, está aberto o concurso público para a contratação de mais um profissional da área. Outra ação realizada parcialmente foi referente às agentes comunitárias de saúde e a busca ativa, já que temos algumas micro áreas descobertas, esta problemática também será resolvida com o concurso público aberto.

### **3.3 As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados**

Não houve dificuldades para a realização da coleta de dados, nem no preenchimento da planilha eletrônica de coleta de dados. Como o sistema de prontuários da UBS é informatizado, os usuários que eu mesma atendi, lancei na planilha no mesmo turno, o que facilitou o trabalho no turno em que registrava os dados dos demais profissionais. Acredito que sem esta ferramenta o trabalho seria dificultado, algumas informações que não foram preenchidas na ficha específica do idoso pelos meus colegas, eu consegui acessar com facilidade no histórico eletrônico.

### **3.4 Incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço**

A equipe mostrou-se participativa dentro das suas atribuições parte disto decorre da facilidade da intervenção. Não foi necessária grandes alterações no padrão de atendimento da UBS, a implementação da intervenção mostrou que efetivamente havia lacunas no atendimento a esta população, expressiva na cidade já que temos praticamente 20% de idosos no total de habitantes, ou seja, quando as



ações são entendidas e integradas pela equipe passam a fazer parte da rotina com lógica e naturalidade, não mais como obrigação.

## 4. Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde.

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30%.

A meta de ampliar a atenção à saúde do idoso em 30% foi atingida, foram cadastrados 434 idosos ao longo das doze semanas, totalizando 32,3%. No primeiro mês foram cadastrados 110 idosos (8,2%), no segundo mês havíamos cadastrado 270 idosos (20,1%) e no terceiro mês atingimos o somatório de 434 idosos (32,3%). Ao longo da intervenção houve um aumento no número de idosos pertencentes à área de cobertura de unidade básica de saúde (UBS) de 926 para 1342 pessoas acima de 60 anos, mesmo com este aumento do número total a meta foi atingida demonstrando a capacidade das equipes em integrar a população total, evidentemente, para isso foram necessárias mudanças na rotina e ampliação das atribuições de cada profissional.

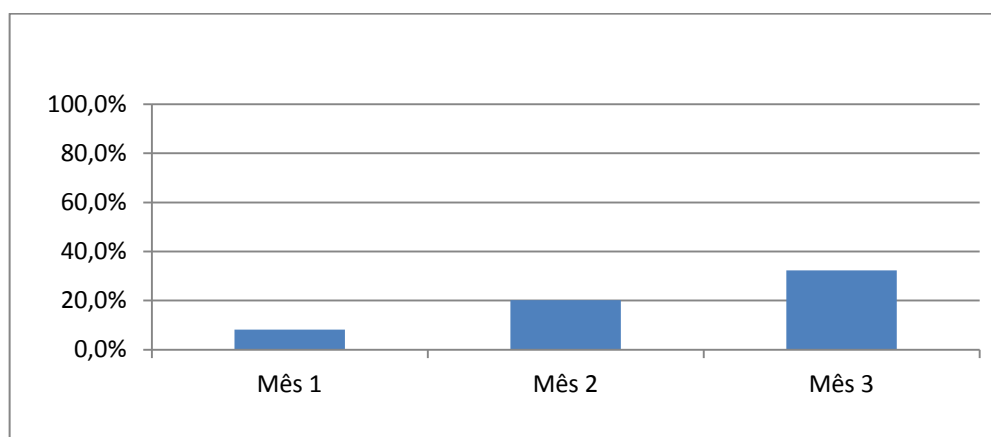


Figura 1. Gráfico da cobertura de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

A ação que mais contribuiu para o alcance da meta foi a entrega da caderneta do Idoso a todos os idosos, devido a esta meta, todos os usuários

pertencentes a esta faixa etária foram automaticamente cadastrados, isto desencadeava as demais metas a serem pesquisadas e realizadas.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

**Meta 2.1.** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

No primeiro mês de intervenção tivemos 100 idosos que receberam avaliação (90,9%), ao final do segundo mês tínhamos 255 idosos avaliados (94,4%) e por fim no terceiro mês todos os 434 idosos cadastrados estavam com a avaliação multidimensional rápida em dia, atingindo 100% da meta.

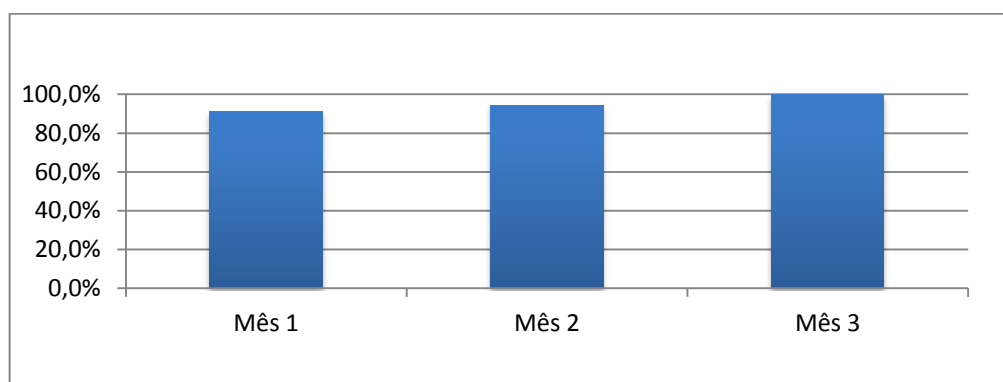


Figura 2. Gráfico da proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

A avaliação multidimensional foi um item que no início teve certas restrições, ao primeiro olhar pareceu ser longo o que atrasaria os atendimentos, entretanto, ao longo dos dias foi percebido que além de ser breve é de fundamental importância para a avaliação da saúde do idoso já que pode identificar o declínio funcional desta faixa etária, indicando, de forma rápida, quando há necessidade de uma avaliação voltada para determinada área.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

No primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado em 99 idosos (90%), ao final do segundo mês havíamos realizado 251 exames (93%) para então, no terceiro mês, atingirmos a meta de 100%.

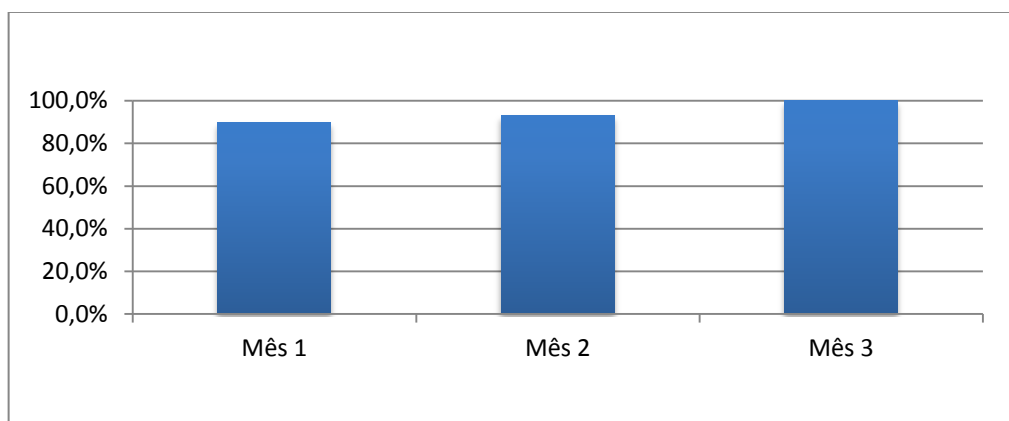


Figura 3. Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

O exame clínico apropriado foi um item que nos primeiros meses não estava com a meta de 100% de cobertura, já que alguns usuários enviam familiares para renovação de prescrição, ou seja, foi cadastrado sem ter comparecido a UBS e por isso não estava com o exame em dia. A renovação realizada por terceiro é permitida uma vez, ou seja, ao final da intervenção todos os idosos tiveram consultas realizadas, seja na própria UBS, seja através de visita domiciliar aos que não tem condições de comparecer a UBS.

**Meta 2.3.** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

A proporção de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais em dia não atingiu 100% da meta estabelecida, pois para preencher este critério conto a partir da análise dos exames e não da solicitação, porém, houve melhora do índice ao longo dos meses, no primeiro mês tínhamos 58 idosos (87,9%) com exames complementares, no segundo mês tivemos o somatório de 127 idosos (83,6%) com exames em dia, e no terceiro mês 241 do total de 243 idosos encontravam-se com seus exames em dia, totalizando 99,2% da meta estabelecida.

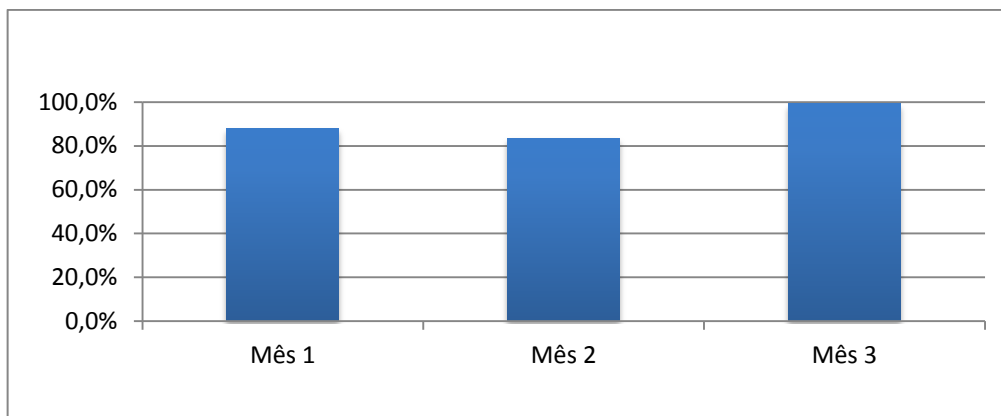


Figura 4. Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

Um dos motivos que dificultou o alcance da meta foi a média de tempo entre o pedido do exame, a coleta e a retirada do resultado, que demora em torno de quarenta e cinco dias, ou seja, alguns usuários que tiveram a solicitação realizada entre o segundo e o terceiro mês ainda não trouxeram os resultados.

**Meta 2.4.** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

No primeiro mês de intervenção tivemos 75 idosos (68,2%) com prescrição priorizada da Farmácia Popular, no segundo mês, tivemos 177 (65,6%) e no terceiro mês totalizando 291 idosos em uso de medicações da Farmácia Popular, alcançando 67,1% da meta estabelecida.

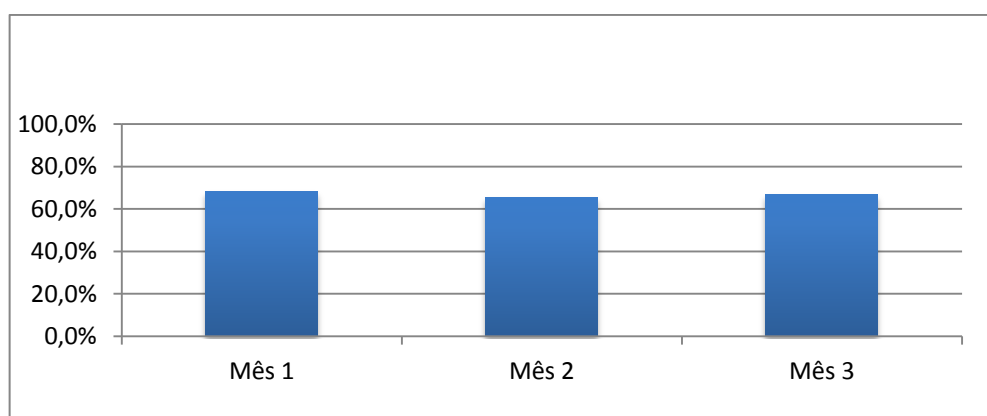


Figura 5. Gráfico da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

A proporção de usuário em uso de medicamentos da farmácia popular é baixa devido ao fato de que na farmácia da própria UBS, financiada pela Prefeitura Municipal, há diversos medicamentos além dos preconizados na lista básica do Ministério da Saúde.

**Meta 2.5** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

No primeiro mês tivemos 29 idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, no segundo mês tivemos 60 idosos acamados e no terceiro mês totalizamos 89 idosos. Em cada mês a meta foi atingida com 100%.

A cada mês o cadastro ocorreu de forma linear, correta, porém no terceiro mês, descobrimos que havia mais idosos acamados, além dos idosos que tínhamos conhecimento, pois houve falha, principalmente por parte das Agentes Comunitárias de Saúde, por trabalho mal executado, pela ausência dessas profissionais em algumas microáreas e por atestados médicos ocorridos nos primeiros dois meses. Após o levantamento de todas as áreas envolvendo todos os profissionais de saúde da UBS, chegamos ao número real de 89 idosos.

**Meta 2.6** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Todos os 89 usuários com problemas de locomoção e/ou acamados foram visitados pela equipe de saúde dentro destes três meses, no primeiro mês houve 22 visitas domiciliares a idosos com problemas de locomoção ou acamados (75,9%), no final do segundo mês havíamos visitado 50 idosos (83,3%) e no final do terceiro mês visitamos 89 idosos no total, alcançando a meta de 100%.

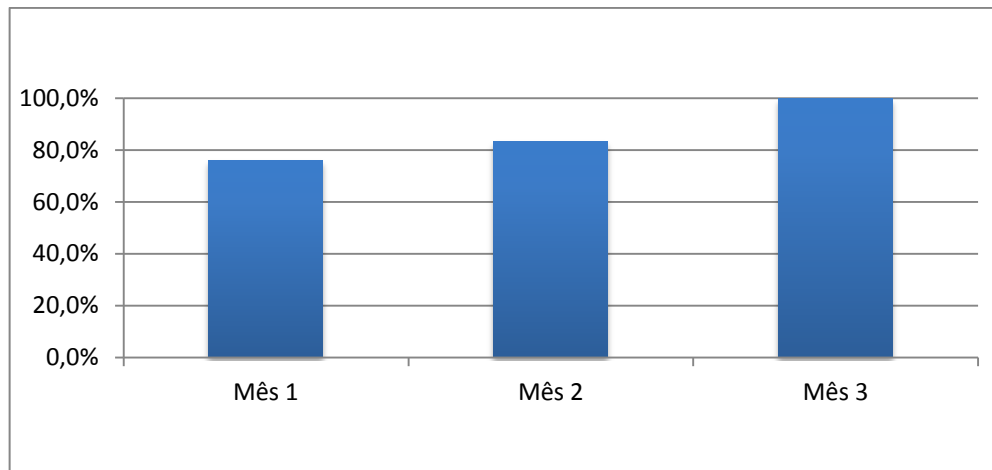


Figura 6. Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

A estimativa de 8% de acamados ou usuários com problemas de locomoção foi muito ultrapassada nesta cidade devido ao número elevado de idosos moradores da área de abrangência. As agentes de saúde buscaram estes usuários para que a equipe analisasse a situação de cada um. Nos primeiros dois meses houve falhas na ação, não há agentes comunitárias para todas as microáreas, a população teve grande aumento em pouco tempo sem expansão de profissionais, houve algumas ACS que, por problemas de saúde, ausentaram-se por períodos longos, está aberto concurso público municipal para sanar estas dificuldades para os próximos meses.

**Meta 2.7** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

No primeiro mês foi verificada a pressão arterial em 110 usuários idosos (100%), no segundo mês havia sido medida em 267 idosos (98,9%) e no final do terceiro mês houve 431 medidas, alcançando 99,3% da meta proposta.

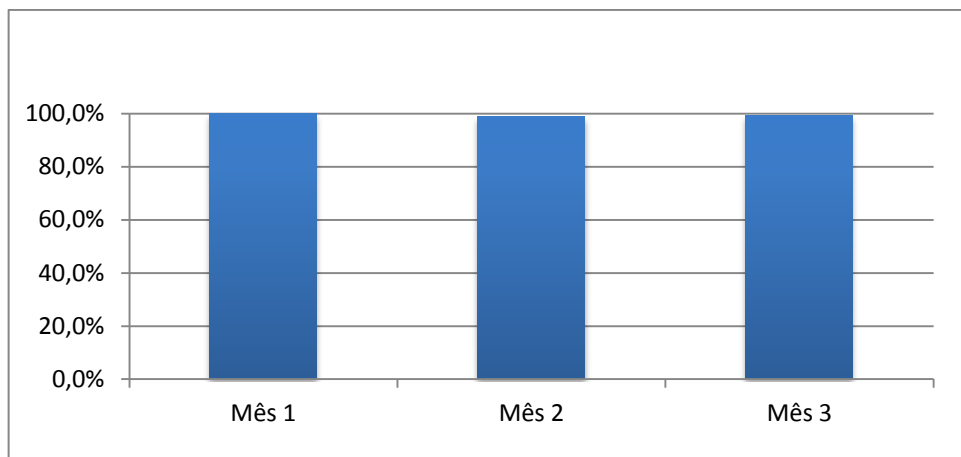


Figura 7. Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

Três usuários cadastrados não tiveram a medição da pressão realizada na data da consulta, falta grave da equipe assistente, já que a mensuração da pressão arterial é um ato simples, de fácil realização e grande impacto na morbimortalidade. Como rotina, as medidas são realizadas na sala de triagem por uma técnica de enfermagem antes de qualquer consulta de enfermagem ou médica ou procedimento a ser realizado na UBS.

**Meta 2.8.** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

No primeiro mês foi realizado rastreamento para Diabetes Mellitus em 39 idosos (90,7%) com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, no segundo mês o rastreio já havia sido realizado em 96 idosos (85,7%) e no final do terceiro mês já havíamos realizado o rastreamento em todos os 434 idosos, totalizando 100% da meta proposta.



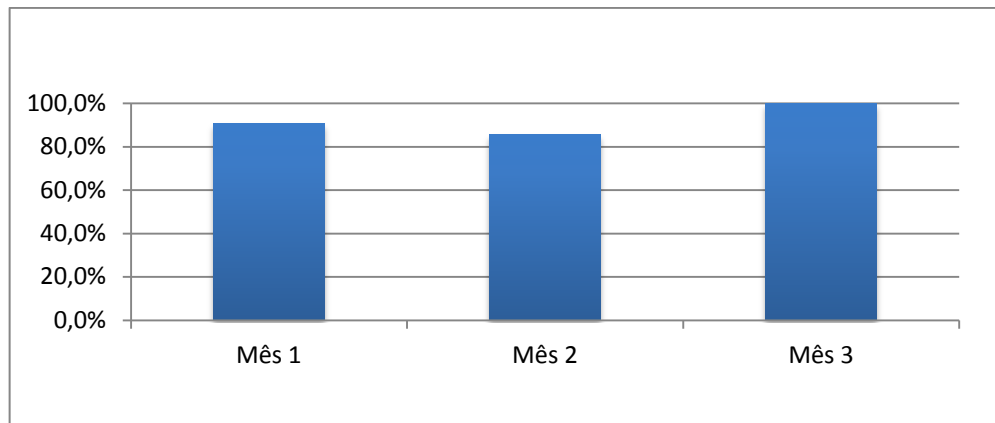


Figura 8. Gráfico da proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

O cuidado com o usuário hipertenso quanto à sinergia com a Diabetes foi excelente, 100% dos portadores de hipertensão arterial sistêmica foram rastreados, comprovando que a equipe é eficaz no atendimento a esta população.

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos

No primeiro mês de intervenção 87 idosos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico (79,1%), ao final do segundo mês havíamos cadastrados 213 usuários da faixa etária acima de 60 anos foram avaliados (78,9%), por fim no terceiro mês, atingimos a meta de 100% avaliado 434 usuários.

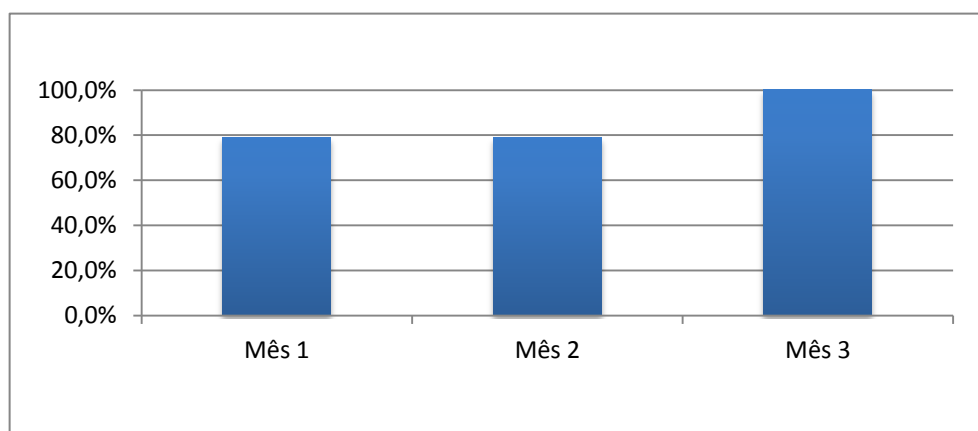


Figura 9. Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

No início da intervenção houve certa restrição a avaliação odontológica,

muitos profissionais não aceitaram como parte do trabalho esta avaliação, porém após introduzir na rotina e reafirmar a importância da saúde bucal, todos se engajaram na introdução da avaliação como parte integrante do exame físico.

**Meta 2.10.** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

No primeiro mês houve 46 idosos (41,8%) que realizaram a primeira consulta odontológica, no final do segundo mês 154 usuários haviam recebido consulta (57,0%) e no terceiro mês 254 idosos (58,5%) tiveram a primeira consulta odontológica programática realizada.

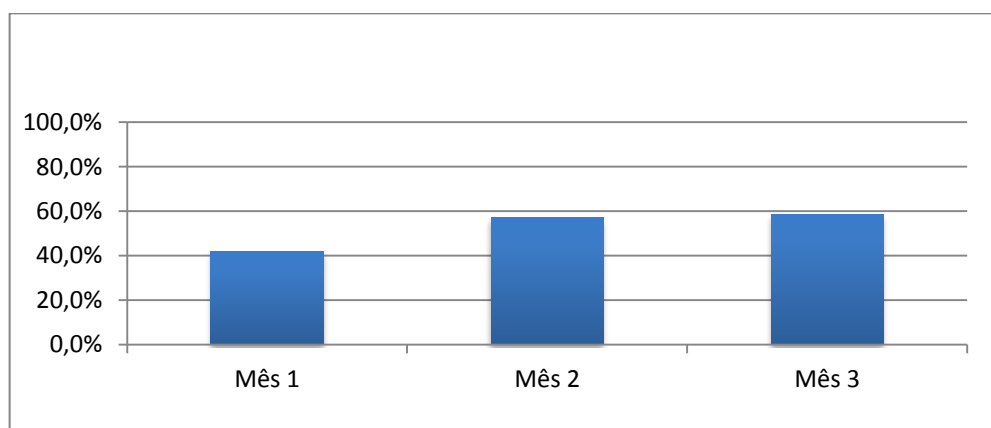


Figura 10. Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

Este dado reflete a falta de capacidade de incorporação das três equipes de saúde por uma só profissional da odontologia. A UBS abriu concurso público municipal para suprir esta falta, enquanto o novo profissional não é chamado, a população perde com a falta de cuidado com esta parcela da saúde.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

**Meta3.1** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

No primeiro mês dos 2 idosos faltosos, apenas 1 idoso (50%) recebeu busca ativa, no segundo mês dos 11 idosos faltosos no total, houve busca de

apenas 9 idosos (81,8%) e no terceiro mês atingimos a meta de 100% com a busca de todos os 17 usuários idosos faltosos as consultas.

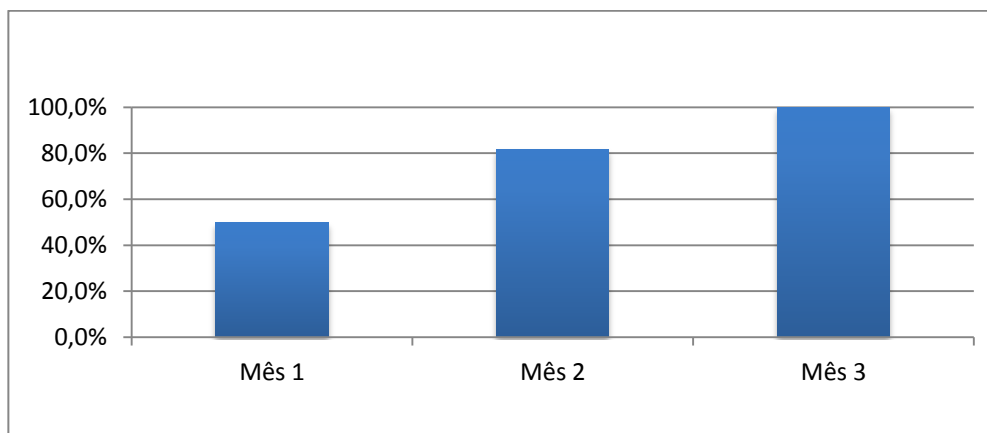


Figura 11. Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

No início da intervenção houveram dificuldades relacionadas ao uso correto das fichas-espelho, ao cuidado aos usuários faltosos e consequente busca ativa dos mesmos que ao final atingiu a meta de 100%. Como estratégia, o prontuário eletrônico empregado na UBS foi utilizado para agregar facilidades no desenvolvimento da intervenção. Os usuários que possuem ficha-espelho tem um aviso escrito assim que se digita seu prontuário, com isso a profissional da triagem consegue rapidamente distinguir os usuário que já tem ou não a ficha. Sendo assim, o tempo de procura diminui substancialmente. A informatização da UBS facilitou o fechamento da planilha de coleta de dados, já que os usuários atendidos por mim já eram atualizados na hora da consulta, e ao final de cada turno a planilha eletrônica era atualizada, também por mim, assim o volume de dados foi diluído ao longo dos dias de trabalho facilitando também a análise semanal.

#### **Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações

##### **Meta 4.1** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

No primeiro mês 94 idosos (85,5%) estavam com o registro específico em dia, no segundo mês aumentamos para 244 idosos (90,4%) com registro em dia, já

no final do terceiro mês de intervenção, 417 idosos tiveram o registro em dia, atingindo 96,1% da meta proposta.

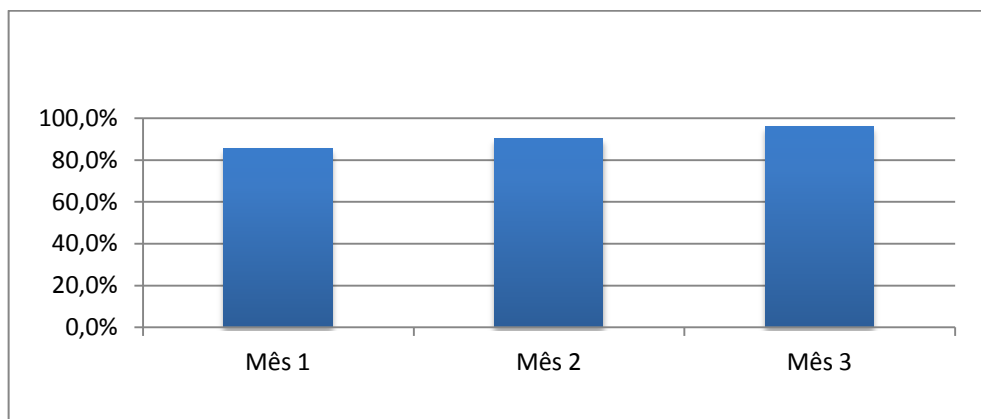


Figura12. Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha-espelho em dia na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

Houve falha dos profissionais que atenderam esta população e que não realizaram o preenchimento completo da ficha espelho, o que acaba refletindo um atendimento de forma inadequada a população desta faixa etária. Uma das argumentações fornecidas pelas equipes é que muitos vêm transcrever exames de especialista e por isto subentende-se que já receberam uma avaliação completa, outra é que alguns vêm somente para renovar receita.

**Meta 4.2** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

No primeiro mês foram distribuídas 93 cadernetas da pessoa idosa (84,5%), no final do segundo mês o somatório de 252 idosos (93,3%) possuíam a caderneta e no fim do terceiro mês o total de 427 idosos, alcançando 98,4% da meta proposta.

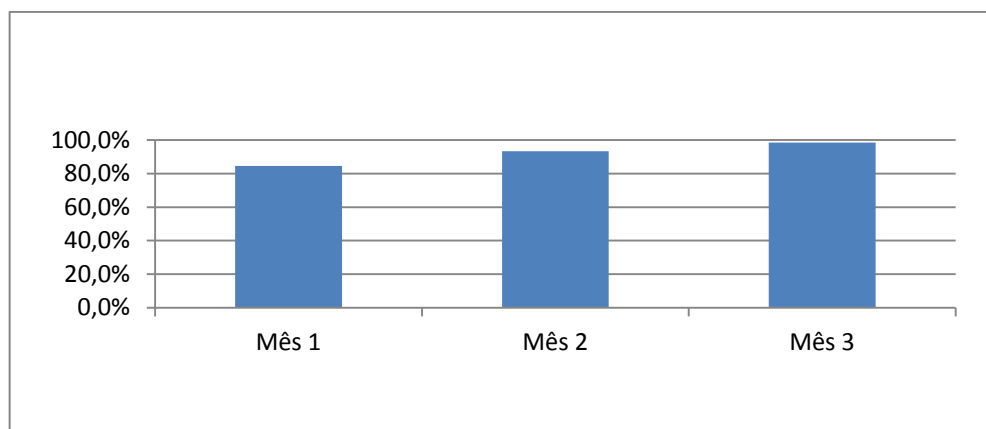


Figura 13. Gráfico da proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

No início da intervenção faltaram cadernetas de saúde da pessoa idosa. Conforme estes usuários retornavam a UBS recebiam o material, usamos também uma caderneta feita pela Secretaria Municipal de Saúde direcionada aos hipertensos e diabéticos, nela contém as informações e espaços para o preenchimento das mesmas informações da caderneta do idoso a exceção da ficha de vacinação.

#### **Objetivo 5.** Mapear os idosos de risco da área de abrangência

##### **Meta 5.1** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

No primeiro mês 105 idosos foram rastreados quanto ao risco de morbimortalidade (95,5%), no final do segundo mês havíamos rastreado 262 (97%), ao final do terceiro mês foram monitorados 428 usuários para este índice, alcançando 98,6% da meta proposta.

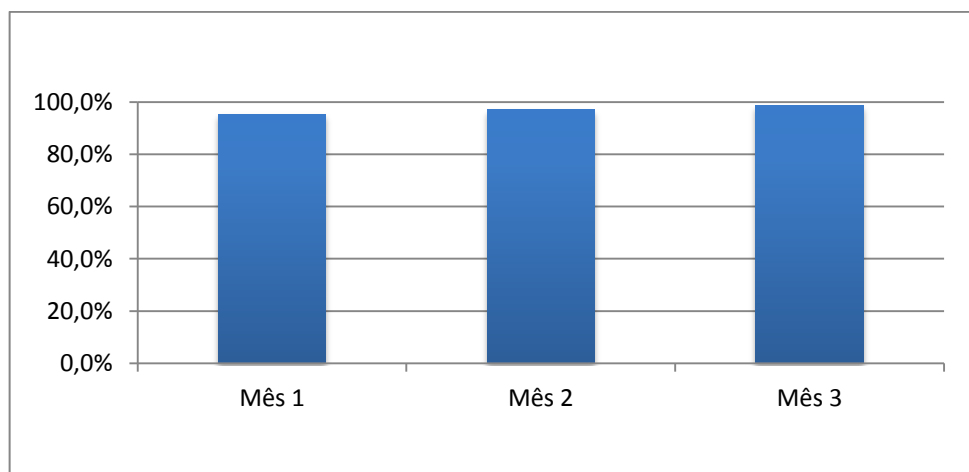


Figura 14. Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

Esta meta é de fundamental importância para o bom desempenho na consulta do idoso, por isso, esta foi uma falha grave da equipe, o risco para morbimortalidade está diretamente ligado à qualidade de vida, ou seja, se houver mudança em alguns fatores de risco que são modificáveis, a longo prazo haverá aumento na longevidade, melhora da qualidade de vida e, indiretamente, deixa os gastos com saúde menos onerosos.

**Meta 5.2** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas

No primeiro mês 105 idosos foram avaliados quanto à fragilização na velhice (95,5%), no segundo mês o total de 262 usuários passaram por esta avaliação (97%), ao final do terceiro mês atingimos 98,6% da meta proposta com a análise de 428 usuários desta faixa etária.

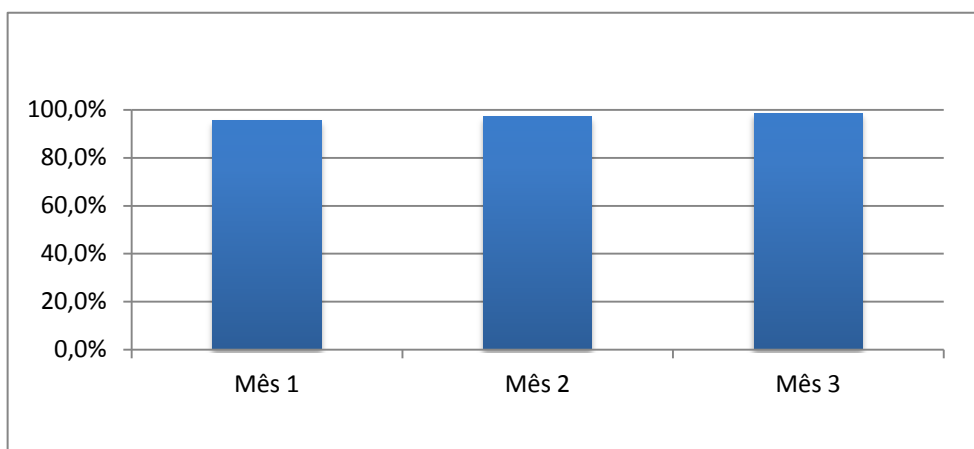


Figura 15. Gráfica da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

Esta meta é de grande importância para o bom desempenho da avaliação do idoso, por isso, esta foi uma falha da equipe, a fragilização na velhice está intimamente ligada à qualidade de vida, às relações interpessoais e familiares e à rede de apoio, com este índice pode-se analisar a sintonia entre esta faixa etária com o processo gradual do envelhecimento.

### **Meta 5.3** Avaliar a rede social de 100% dos idosos

No primeiro mês 102 usuários tiveram a rede social avaliada em dia (92,7%), no segundo mês já havia avaliação de 259 idosos (95,9%), ao final do terceiro mês de intervenção, totalizamos 428 usuários da faixa etária com a rede social avaliada, alcançando 98,6% da meta estabelecida.

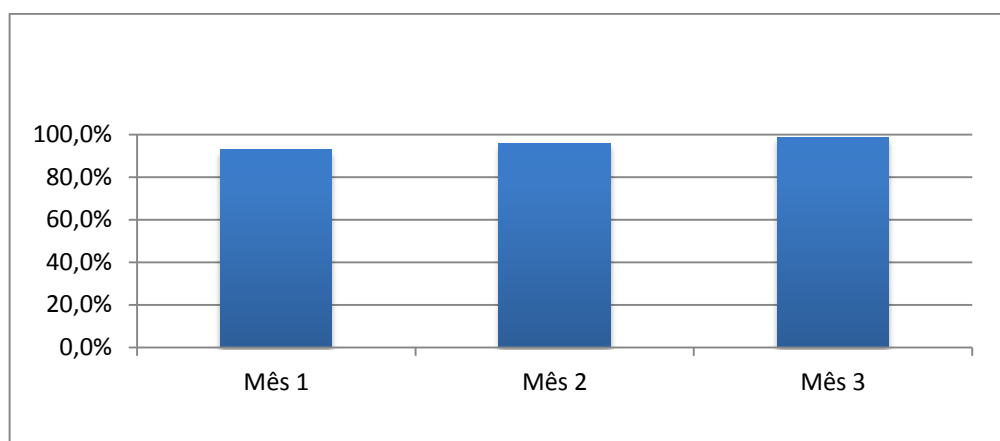


Figura 16. Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

Esta meta é muito importante na avaliação do idoso, por isso, esta foi uma falha da equipe, já que a rede social para este grupo etário faz diferença principalmente na morbidade das doenças crônicas não transmissíveis com prevalência alta nesta faixa como doenças osteoarticulares, vasculares e endócrinas. Apesar de que alguns usuários não comparecerem a UBS em um primeiro momento, já que a renovação realizada por terceiro é permitida uma vez, ou seja, ao final da intervenção todos os idosos tiveram consultas realizadas, seja na própria UBS, seja através de visita domiciliar aos que não tem condições de comparecer a UBS, ainda assim poderia ter sido realizado busca ativa destes poucos que não tiveram sua avaliação realizada, nem que para isto fosse necessário visita domiciliar para a avaliação.

## **Objetivo 6.** Promover a saúde dos idosos

### **Meta 6.1** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

a 100% das pessoas idosas.

No primeiro mês 103 usuários com mais de 60 anos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis (93,6%), no final do segundo mês 258 idosos haviam recebido as informações (95,6%) e no terceiro mês houve 424 idosos com informações sobre hábitos alimentares, totalizando 97,7% da meta proposta.

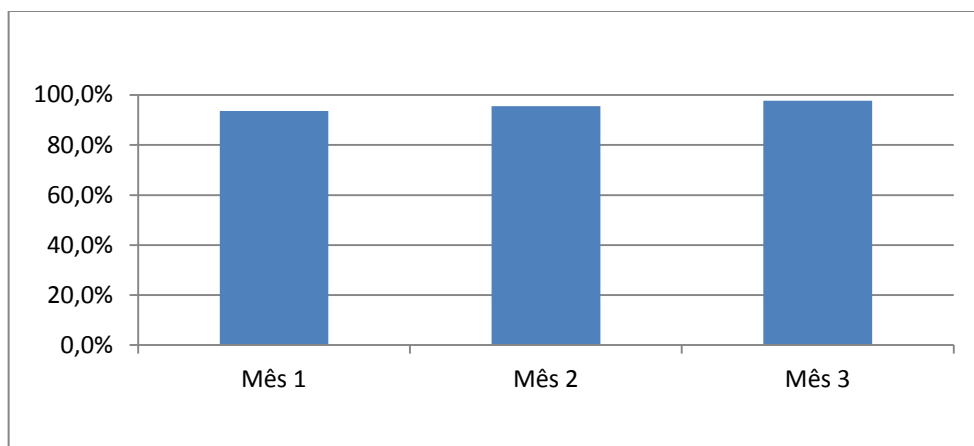


Figura 17. Gráfica da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

Não considero como falha esta proporção, posto que, infelizmente temos na UBS alguns usuários em nutrição enteral ou em restrições alimentares devido a patologias prévias incapacitantes.

**Meta 6.2** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Nas primeiras quatro semanas 82 idosos (74,5%) receberam orientação para prática regular de atividade física, ao completar oito semanas, 208 idosos (77,2%) receberam estas informações. Ao final do terceiro mês de intervenção, 335 idosos foram informados, alcançando 77,2% da meta proposta de 100%.



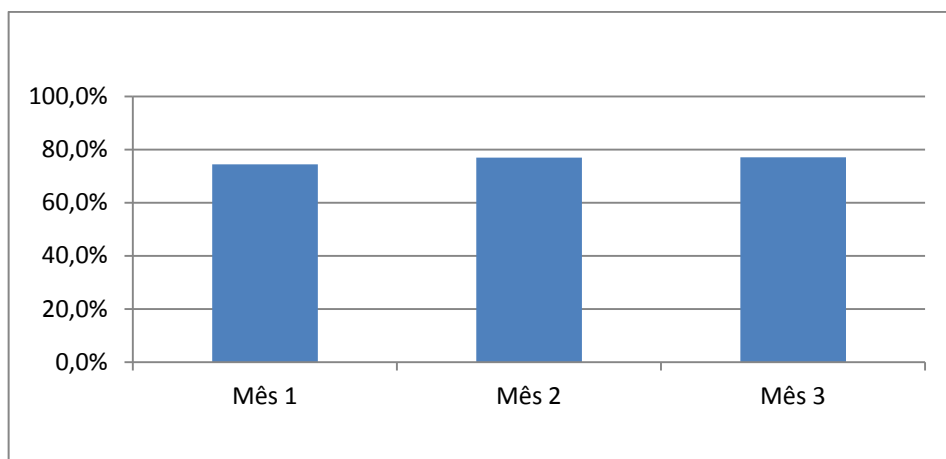


Figura 18. Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

Quanto à proporção de 77,2% dos idosos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, os dados deixam a desejar, porém as orientações foram dadas aos idosos capazes de realizar atividades físicas. Sabe-se que esta faixa etária tem restrições principalmente nesta região aonde o sustento vem da agricultura.

**Meta 6.3** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

No primeiro mês 43 usuários receberam orientações sobre higiene bucal (93,5%), no final do segundo mês todos os idosos tiveram acesso a informações e manteve-se 100% ao final do terceiro mês.

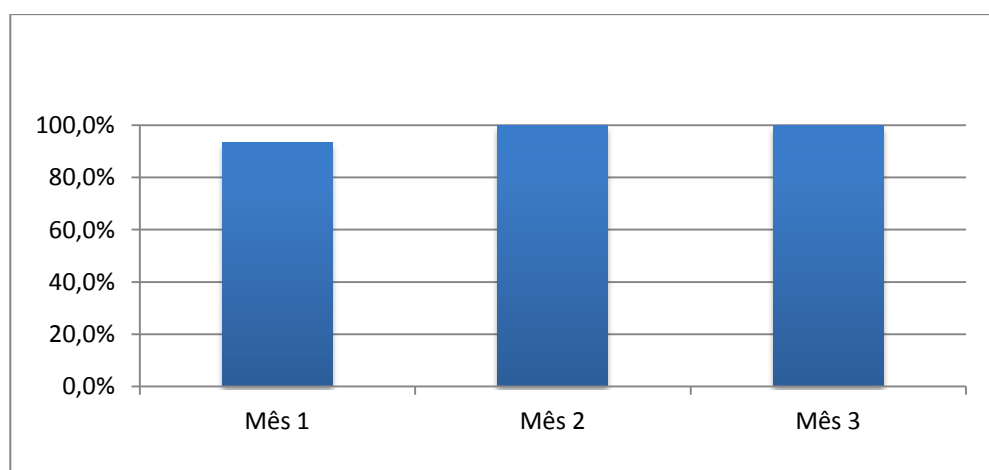


Figura 19. Gráfico da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia na UBS Dr Elvio Basso, Barão de Cotegipe/RS, 2015

Ao final do terceiro mês 100% dos idosos cadastrados que tiveram a primeira consulta odontológica programática foram orientados individualmente sobre cuidados de saúde bucal.

Consideramos que a intervenção teve ótimos resultados, os idosos que retornaram estão bem documentados o que indica que o seguimento da intervenção na UBS ocorrerá de forma natural. Temos recebido elogios, não só dos usuários que retornaram, mas também dos colegas sobre o quanto os usuários ficam agradecidos por receber informações que parecem tão básicas e que se subentenda que já são de conhecimento global como a importância da higiene bucal correta, o que é ter hábitos de vida saudáveis, que tipo de exercício ou intensidade pode ser realizado de acordo com a patologia, o porquê de se exercitar na terceira idade. É gratificante vê-los com interesse na mudança dos hábitos de vida por uma simples correlação entre a fisiopatologia da doença vigente e a atividade física ou a alimentação.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada na Unidade de Saúde Dr. Elvio Basso foi de grande importância para a melhoria da atenção básica no território com foco na saúde do idoso. A intervenção propiciou mudanças no fluxo, no atendimento, no acesso e na qualidade da assistência. Não foram atendidas com excelência todas as metas propostas, porém a intervenção está em continuidade e temos então, a possibilidade de atingi-las com o passar do tempo.

A realização da intervenção trouxe também benefícios para equipe, houve estreita integração da equipe multiprofissional, sendo mais frequentes as trocas de experiências, de conhecimento realizado em conjunto, de casos clínicos de usuários da área e soluções para as circunstâncias. A capacitação realizada promoveu discussões positivas, estabelecimentos de fluxos e protocolos de atendimento. O detalhamento das atribuições de cada membro da equipe resultou em uma melhor definição das tarefas diárias. Um dos pontos mais positivos foi o entendimento da

equipe como grupo sólido e único que necessita do outro para um funcionamento dentro das atribuições propostas em lei.

Para o serviço a intervenção teve sua importância, a separação e organização das fichas-espelho dos idosos que foram cadastrados e o armazenamento na sala de triagem, de acesso universal, facilitaram o acesso aos demais profissionais, poupando tempo na busca de informações no prontuário eletrônico, dando um panorama global do usuário de forma mais clara. A sistematização da agenda das enfermeiras e dos médicos facilitou o entendimento da equipe de triagem, responsáveis pelo agendamento, para terem governabilidade nas marcações de consultas de retorno e de primeiro atendimento.

A captação de usuário acamados ou com problemas de locomoção despertou o interesse dos Agentes Comunitários para intensificarem suas visitas à área de cobertura, já que se notou melhora da relação profissional-usuário-família, para que assim todos os idosos tenham atendimento digno. Ao longo da intervenção foram encontrados idosos que nunca tiveram atendimento na área da saúde, seja por morar em área de difícil acesso, pela falsa ideia de não necessitar atendimento ou pela concepção de atendimento em saúde na forma antiquada com o binômio consulta-doença, sem pensar em prevenção ou qualidade de vida.

A equipe de odontologia ficou mais próxima dos outros profissionais, pouco mais participativa, com dimensionamento de suas ações e a tentativa de inclusão na rotina o atendimento em livre demanda deste grupo etário.

A intervenção também teve importância para a comunidade. Com o aumento do número de profissionais, com a vinda dos profissionais em programas do Governo Federal, e consequentemente com o aumento no número de atendimentos, mais idosos puderam ter consultas em livre demanda, quando fosse possível a despeito do agendamento e de terem acesso aos serviços prestados pela Unidade.

Os idosos e familiares tiveram acesso à informação, importante ferramenta para o estreitamento da relação com ações de prevenção de agravos da saúde do idoso, prevenção de acidentes domésticos, nutrição, vacinas, saúde bucal e identificação de sinais e sintomas de alerta de doenças crônicas e agudas em grupos na própria UBS e também em palestras ministradas no interior. Foram ampliadas as buscas em relação aos faltosos, possibilitando o retorno, a garantia de atendimento, as razões pelas quais não compareceram.

Se a intervenção iniciasse neste momento, modificaria algumas coisas, determinaria maior responsabilidade das Agentes Comunitárias na busca da saúde da população, aprimorando ainda mais o vínculo com a comunidade e o conselho local, o qual não conheci. Enfatizaria a importância da saúde bucal nesta faixa etária junto à equipe odontológica para que atendessem, assim como os outros profissionais, com agendamento de consultas.

A intervenção está totalmente incorporada à rotina da Unidade. A comunidade e a equipe receberam bem as mudanças de forma gradativa, sendo o começo mais trabalhoso, essencialmente por ser uma intervenção de fácil execução, sem a necessidade de maiores tecnologias que traz retorno concreto em termos de morbidade e qualidade de vida. Pretendemos intensificar as ações e não deixar que as mesmas não tenham continuidade, visto que, esse ano terá concurso público municipal para completar o quadro de funcionários que estão em falta nas mais diversas áreas de atuação o que facilitará o andamento das mudanças.

Enfim, alguns passos ainda devem ser dados para que as ações programáticas sejam realizadas com qualidade, como ampliar o número de dentistas da equipe, atuando nas ações coletivas e individuais, assim como o número de agentes comunitárias de saúde reafirmando a sua importância como peça-chave no sistema de saúde, ampliar o número de técnicas de enfermagem e enfermeiras para completar a terceira equipe de estratégia de saúde da família.

### **4.3 Relatórios para o Gestor**

Como é de conhecimento da gestão, esta intervenção fez parte da Especialização em Saúde da Família promovida pela Universidade Federal de Pelotas voltada para os profissionais participantes do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), visando melhorias na atenção prestada aos usuários da área de abrangência da UBS.

Iniciamos o curso com a tarefa de realizar uma análise crítica da estrutura e dos serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde Dr. Elvio Basso, na cidade de Barão de Cotegipe e pode-se perceber pontos de melhoria que poderiam ser trabalhados em um projeto de intervenção. Dentre as opções disponíveis, a escolha

pela Saúde do Idoso decorreu do fato do rápido envelhecimento da população Cotegipense se relacionada ao envelhecimento da população Brasileira, a cidade possui uma porcentagem de idosos acima da vista na maioria das cidades brasileiras. Assim, o projeto foi direcionado aos idosos acima de 60 anos pertencentes à área de abrangência da Unidade, com o objetivo geral de ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso, sendo os outros: saúde bucal, promoção da qualidade de vida, orientação nutricional, prevenção de acidentes, acompanhamento da rede social, fragilização na velhice, orientações aos familiares e promoção da saúde do idoso.

No início da intervenção, de acordo com o Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) tínhamos 926 pessoas acima de 60 anos, ao final houve um acréscimo substancial chegando a 1346 idosos, o que corresponde a 19,7% da população.

A intervenção foi desenvolvida durante doze semanas, contando com um cronograma pré-definido que norteava as ações a serem desenvolvidas semanalmente. Durante os três meses as equipes acompanharam 434 idosos, já que a amostra seria os idosos cadastrados no programa, inseridos através das visitas domiciliares ou ao comparecerem à Unidade. Destaco também, os grupos em que houveram palestras, não só na UBS como também no interior, com assiduidade notável, a troca de informações com a comunidade é de suma importância para o desenvolvimento correto de ações em saúde.

O planejamento das ações juntamente com as equipes se fez necessário, bem como a reavaliação dos prontuários e o desenvolvimento das fichas de acompanhamento aprimoradas por nós de acordo com as necessidades próprias da população, a qual ficaram separados das demais fichas facilitando o acesso e com aviso visual ao inserir o prontuário do usuário no sistema de administração dos prontuários.

Foi organizada a agenda da equipe que realizou as ações coletivas na UBS e no interior, procurando adequar o melhor dia para todos os profissionais envolvidos, incrementando as ações coletivas que já existiam na UBS.

Antes da intervenção não havia um protocolo de atendimento ao idoso sistematizado, uma padronização no atendimento a esta faixa etária, cada profissional realizava seu atendimento como achava correto, porém, quando era

necessário levantar algum dado não era possível por falta ou omissão de informação, principalmente no que diz respeito aos atendimentos domiciliares.

Todos os profissionais da Unidade foram capacitados, utilizamos como referência o caderno nº 19 do Ministério da Saúde. Os Agentes Comunitários, além da capacitação citada anteriormente, foram capacitados para realizarem a abordagem no domicílio para busca ativa dos faltosos.

Não conseguimos, no decorrer da intervenção, atingir todas as metas previamente propostas, um dos motivos é a falta de profissionais, principalmente na área odontológica onde uma profissional atende os usuários de todas as áreas. Porém as ações propostas na intervenção foram incorporadas à rotina da Unidade, assim poderemos continuar em busca de atingir as metas e os objetivos propostos, alcançando êxito após a integração dos novos profissionais concursados que iniciarão no próximo ano.

No geral, a equipe conseguiu atingir e ultrapassar algumas metas, devido ao trabalho intenso e a colaboração importante dos profissionais como o atendimento e cadastramento de 32,4% em três meses de intervenção, a busca de 100% dos faltosos, o aporte a 100% dos idosos com problemas de locomoção os acamados através de visitas domiciliares. O apoio da gestão foi de extrema importância, e contamos com essa assessoria para que possamos desenvolver um trabalho de melhoria da atenção básica também em outras áreas.

Além do concurso público municipal realizado no último dia 22/11/2014 para completar o quadro de funcionários, a inauguração da academia ao ar livre completa a infraestrutura que estava faltando na cidade. Com esta implantação, a qualidade de vida da população idosa melhorará substancialmente, transformando os atendimentos em uma verdadeira rede integrada de saúde.

#### **4.4 Relatório para a Comunidade**

A Unidade de Saúde Dr. Elvio Basso desenvolveu após o levantamento de problemas e necessidades de melhorias no atendimento ao idoso, que fazem parte da área adscrita da Unidade, frequentadores da UBS e os que necessitam visita domiciliar por problemas de locomoção ou por estarem acamados, um projeto de intervenção com proposta inicial de três meses e que já foi possível a continuidade

do trabalho após as doze semanas de projeto. O envelhecimento da população Cotegipense é claro vendo o aumento alarmante de idosos no ano de 2014, temos 19,7% de idosos relacionando a população geral, no Brasil há estimativa de cerca de 11%. Nesta UBS não havia medidas específicas para este grupo etário, tendo em vista a vulnerabilidade dos usuários acima de 60 anos, suas dificuldades e necessidades de atendimento focalizado no seu desenvolvimento realizamos um projeto que atende as expectativas do Ministério da Saúde para o atendimento à pessoa idosa.

A participação da comunidade foi muito importante, desde a frequência e participação ativa de pessoas desta faixa etária nos grupos, ao número pequeno de faltas às consultas agendadas, e o comparecimento dos familiares para o entendimento global das transformações graduais ocorridas a partir dos 60 anos. Atingimos durante os três meses, 434 usuários acima de 60 anos, o que corresponde a 32,4% deste total.

Muitas ações foram desenvolvidas para esses usuários mesmo sem ser percebidas, foi implementada uma análise integral focada na faixa etária, como a avaliação multidimensional onde é possível ter um panorama da qualidade de vida do usuário e os pontos para melhora. A facilidade para agendamento das consultas, realizado pessoalmente ou via telefone, além da possibilidade de término do tratamento com possibilidade de tratamento não-medicamentoso supervisionado.

Todas as semanas as equipes da Unidade realizaram visitas domiciliares, onde desenvolveram ações de saúde, além da medição da pressão arterial, hemoglicoteste, avaliação nutricional. As orientações fornecidas e o desfecho das visitas com renovação ou introdução de prescrição, encaminhamentos a especialistas, solicitação de exames, sistematizou o atendimento de forma positiva.

Não conseguimos atingir todos os resultados que esperávamos, porém os que atingimos foram de grande proveito para a comunidade. A intervenção foi incorporada à rotina da Unidade e poderemos atingir todas as metas com o empenho e ajuda de todos.

Gostaríamos de agradecer a participação da comunidade no projeto de intervenção à saúde do idoso, por todas as sugestões, críticas e propostas de melhoria que foram levantadas pela nossa equipe.

## **5. Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizagem**

A escolha para me candidatar para realizar a pós graduação da UNASUS/UFPel, foi baseada por alguns itens elencados no edital de divulgação, primeiramente a pontuação destinada a prova de residência médica, já que a especialidade escolhida por mim é muito concorrida e a pontuação exerce uma diferenciação considerável dos outros candidatos, o fato de ser a distância podendo utilizar horários alternativos para execução das tarefas também foi um item de interesse, ser ofertada pelo Ministério da Saúde e uma Universidade Federal, existir bolsa de incentivo e garantir continuidade de conhecimento.

Durante a pós-graduação, apesar de ressalvas iniciais, aprovei o modo com que são expostas as atividades e o estímulo ao autoconhecimento e busca por conhecimento na área da saúde integral, excluindo o binômio doença-tratamento para o atendimento universal, inserindo a saúde na comunidade de forma absoluta.

Apesar de minha faculdade ser focada em saúde pública, nunca tive muito interesse em trabalhar em uma comunidade, apesar disto, me envolvi com a clientela adscrita, seus costumes, rotinas, cultura. Houve um ganho pessoal em relação ao trabalho em equipe, já que a formação do médico é voltada ao individualismo, acredito que isto reflita na minha futura vida profissional e pessoal.

As revisões dos principais Cadernos de Atenção Básica e os casos interativos foram muito aproveitadas, aumentando a curva de conhecimento em saúde pública.

A especialização me proporcionou mudanças importantes na vida profissional e pessoal, pude estimular a produção textual, pouco utilizada, reafirmar minha organização, ter mais resolutividade nos meus atendimentos por conhecer os protocolos do Ministério da Saúde e intensificar a busca de causas não patológicas para as queixas através do conhecimento do meio em que trabalho.



## 6. Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70p.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

BRASIL. Ministério da Previdência Social; Idoso – Cidadão Brasileiro: Informações sobre serviços e direitos. Brasília, Ministério da Previdência Social 2008. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Epidemiologia e Serviços em Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, vol.22, número 1, março 2013.

MORAES, Edgar Nunes; Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

# ANEXOS

## Anexo A. Planilha de coleta de dados

Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								

[illegible][illegible]

**Anexo B. Documento do Comitê de Ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup> Ana Claudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patrícia Abrantes Duval*  
Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel



[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]